

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENESES

MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

JOÃO PESSOA
2016

LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENESES

MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto de pesquisa vinculado: O cuidado de Enfermagem e o Processo Ensino Aprendizagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

JOÃO PESSOA
2016

M543m Meneses, Lenilma Bento de Araújo.

Mapeamento cruzado de intervenções de enfermagem para adultos e idosos hospitalizados com diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada / Lenilma Bento de Araújo Meneses - João Pessoa, 2016.

217f. : il.

Orientadora: Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Classificação - prática de enfermagem. 4. Plano - cuidados de enfermagem. 5. Lesões adultos e idosos. 6. Mapeamento.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

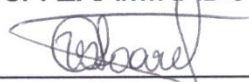
LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENESES

**MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA**

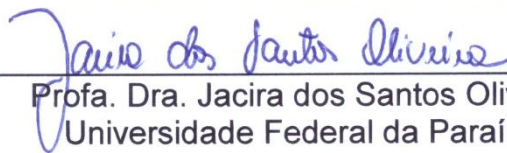
Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 31 de agosto de 2016

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
Universidade Federal da Paraíba



Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba



Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba

Profa. Dra. Jancelice dos Santos Santana
Instituto de Educação Superior da Paraíba



Profª. Dra. Mirian Alves da Silva
Universidade Federal da Paraíba

Profa. Dra. Marta Mirian Lopes Costa
Universidade Federal da Paraíba
Suplente

Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa
Universidade Estadual da Paraíba
Suplente

*Ao meu Deus, amor supremo. Força
motriz, que conduz todos os meus passos,
ações e pensamentos sempre!*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A minha querida mãe, **Nilza Bento de Araújo**, pelo amor incondicional, pela educação, pela orientação, pelo carinho, pela atenção e pela dedicação. Sem ela, jamais eu teria chegado até aqui;

Ao meu pai, **Leuço Araújo**, pelo amor e pelo incentivo, e que, do seu jeito, soube me ensinar a correr atrás dos meus sonhos;

Aos meus filhos, **Jonata, Leilane e Lucas**, razões de minha existência, pelo amor, pela admiração, pelo respeito e pela compreensão, nos momentos em que lhes faltei, durante a realização deste e de tantos outros trabalhos;

A **Jordane Júnior e Janaina**, filhos de coração, pelo carinho, pela admiração, pelo respeito e pela compreensão, nos momentos em que lhes faltei, durante a realização deste e de tantos outros trabalhos;

Ao meu esposo **Jordane**, pela amizade verdadeira, pelo carinho, pelo companheirismo, pelo incentivo e pelo amor;

Aos meus genros, **Felipe e Irvin**, e as minhas noras, **Bárbara e Uberlândia**, pelo carinho, pela admiração e pelo incentivo;

A minha irmã **Lailma**, pela companhia constante, pelo carinho e pelo estímulo em todas as minhas realizações;

Aos meus sobrinhos **Gabriel, Ana Livia, Letícia e Milena**, pela companhia e pelo carinho demonstrados;

Aos meus queridos **irmãos e irmãs, sobrinhos** e sobrinhas que, mesmo a distância, torcem e vibram pelas minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

À Prof^{fa}. Dr^a. **Maria Júlia Guimaraes Oliveira Soares**, por ter me acolhido e pela orientação segura, de forma dedicada e sempre presente ao longo deste trabalho;

À Professora Dra. **Jacira dos Santos Oliveira**, por ter me incentivado a pesquisar um tema tão importante e necessário;

Ao Professor Dr. **Ricardo Burg Ceccim**, inspiração em tudo o que faço, pela confiança depositada que me permite crescer pessoal e profissionalmente. Minha eterna admiração!;

Às graduandas **Cristiane Pedra** e **Mariana Fernandes**, pela amizade e por terem me ajudado com a coleta dos dados, a tabulação, os quadros e as tabelas, o que facilitou muito minha análise;

Às enfermeiras **Williane Barros**, **Márcia Priscila** e **Sayonara Meireles**, pela ajuda e pelo apoio nas fases de coleta dos dados;

Às enfermeiras **Milena Barbosa** e **Beatriz Geiziane**, pela ajuda na formatação deste trabalho;

À enfermeira, amiga e filha de coração, **Alyne Fernandes**, pela presença constante, pelo carinho e pela atenção;

Aos ilustres **professores, membros da banca examinadora**, pelas valiosas contribuições;

Aos **professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, pelos ensinamentos compartilhados;

Aos **funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem Clínica**, pelo convívio diário;

Aos colegas **professores dos Departamentos de Enfermagem Clínica e Enfermagem em Saúde Coletiva**, pelo incentivo durante a realização deste trabalho;

Às amigas **Cleide Rejane**, **Auxiliadora**, **Marta Mirian**, **Emília Limeira**, **Adriana Marques**, **Cizone Acioly**, **Uthania de Melo França**, **Mirian Alves**, **Aurilene Cartaxo**, **Simone Elizabete**, **Ana Maria Cavalcante** e **Josilene Vasconcelos**, pelo incentivo e pelo carinho;

Aos professores, amigos de luta e de uma mesma causa, **José de Siqueira**, **Fábio Paschoal**, **José da Paz Oliveira Alvarenga**, **Valéria Soares** e **Francilene Rodrigues**, pela amizade, pelo estímulo e pelo companheirismo durante a realização deste trabalho;

Às colegas **Auxiliadora** e **France**, pelo companheirismo durante o curso;

Aos meus amigos, **Laércio Rodrigues**, **Adriene Jacinto**, **Maria José Marinho**, **Albergio Diniz** e **Uberlândia Dantas**, pelo incentivo às minhas realizações e pela demonstração de amizade;

Aos meus sogros **Celso (in memoriam)** e **Arlete**, pelo apoio e pelo incentivo;

À cunhada **Joedna Reis**, pelo incentivo às minhas realizações e pela demonstração de amizade;

À Professora Rejane Maria, **pela revisão da linguagem**;

Agradeço, especialmente, aos **discentes do 10º Período do Curso de Graduação em Enfermagem**, que, com suas respostas, prestaram a mais valiosa colaboração para o meu estudo;

A todos os **enfermeiros especialistas que contribuíram com o mapeamento deste estudo**.

LISTA DE FIGURAS

Tese – PERCURSO METODOLÓGICO

Figura 1 – Percurso metodológico do estudo.....	53
--	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO II

Gráfico 1 – Pontuação dos especialistas segundo o critério proposto por Fehring (1994).....	69
--	-----------

ARTIGO III

Gráfico 1 – Pontuação dos especialistas segundo o critério proposto por Fehring (1994).....	99
--	-----------

LISTA DE QUADROS

ARTIGO I

Quadro 1 – Distribuição dos artigos quanto à base de dados, aos periódicos, ao ano de publicação, aos autores e aos títulos..... **39**

Quadro 2 – Caracterização dos artigos quanto aos objetivos dos estudos selecionados, à metodologia utilizada e aos resultados alcançados..... **41**

Tese – PERCURSO METODOLÓGICO

Quadro 1 – Critérios do sistema de pontuação proposto para seleção de especialistas..... **58**

Quadro 2 – Distribuição das intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada, de acordo com os domínios, as classes e as categorias, segundo a ligação NANDA-I e a NIC (2007 – 2008).... **63**

ARTIGO III

Quadro 1 – Critérios do sistema de pontuação proposto para a seleção de *experts*..... **97**

LISTA DE TABELAS

ARTIGO II

Tabela 1 – Distribuição das intervenções de enfermagem mapeadas de acordo com o domínio Fisiológico Complexo e suas respectivas classes da classificação NIC – João Pessoa – 2015.....	78
Tabela 2 – Distribuição das intervenções de enfermagem mapeadas de acordo com o Domínio Fisiológico Básico e suas respectivas classes da classificação NIC – João Pessoa – 2015.....	79
Tabela 3 – Distribuição das intervenções de enfermagem mapeadas de acordo com os Domínios de Segurança e Comportamental e suas respectivas classes da classificação NIC – João Pessoa – 2015.....	80

ARTIGO III

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros expertos para validação das intervenções de Enfermagem – João Pessoa – 2015.....	100
Tabela 2 – Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, com média $\geq 0,80$, analisados e refinados pelos enfermeiros especialistas – João Pessoa – 2015.....	102
Tabela 3 – Escores relativos às intervenções de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, com média entre 0,51 e 0,79, analisados e refinados pelos enfermeiros especialistas – João Pessoa, 2015.....	103

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AHA	American Heart Association
ANA	<i>American Nurses Association</i>
AT	Área Temática
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSUNI	Conselho Superior Universitário
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DEMCA	Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico e Administração
DENC	Departamento de Enfermagem Clínica
DESC	Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
DESPP	Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiátrica
EM	Esclerose Múltipla
GEPEFE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Feridas
GEPFAE	Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem
H1	Hipótese 1
H2	Hipótese 2
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>National Library of Medicine and National Institute of Health</i>
NANDA - I	<i>Nursing Diagnosis Association International</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classifications</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classifications</i>
PE	Processo de Enfermagem
PIVIC	Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNOMED	Nomenclatura Sistematizada de Medicina
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Scienc</i>
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

VCI

Validade de Conteúdo de Intervenção

RESUMO

MENESES, L. B. A. **Mapeamento Cruzado de Intervenções de Enfermagem para Adultos e Idosos Hospitalizados com Diagnóstico de Risco de Integridade da Pele Prejudicada**. 2016. ... f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba, 2016.

Introdução: Com o Processo de Enfermagem, surgem Sistemas de Classificações da Prática de Enfermagem, iniciando-se pela Classificação de Diagnósticos de Enfermagem e, depois, Classificação das Intervenções de Enfermagem e Classificação dos Resultados de Enfermagem, o que se constitui um sistema abrangente de linguagem padronizada da prática de enfermagem. **Objetivo:** Analisar, por meio do mapeamento cruzado, intervenções/atividades de enfermagem, descritas por graduandos do Curso de Enfermagem, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, e correlacioná-las com as da Nursing Interventions Classification, conforme a ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008; Identificar intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados; Fazer mapeamento cruzado das intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados e compará-las com as da classificação; Validar o conteúdo das intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados por enfermeiros especialistas. **Método:** Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, em que se utilizou o mapeamento cruzado, e realizado na Universidade Federal da Paraíba, com 25 estudantes de Enfermagem e 14 enfermeiras. Atendeu à Resolução 466/2012. A coleta de dados ocorreu em três etapas, e a análise foi feita com base na estatística descritiva. A tese encontra-se em formato de artigos. **Resultados:** Mapearam-se, com a Classificação das Intervenções de Enfermagem, 32 intervenções e 78 atividades de enfermagem nos domínios: Fisiológico complexo, fisiológico básico, comportamental e de Segurança. Das intervenções mapeadas, 24 estão na ligação, e oito, fora dela. **Conclusões:** Validaram-se 11 intervenções de enfermagem, como prioritárias, e 21, como sugeridas. Houve concentração nas intervenções prioritárias, com exceção de “Cuidados com o repouso no leito”, e destacaram-se as atividades de “Facilitação do autocuidado”. Conclui-se que é importante reforçar o ensino desse tema na formação em Enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Classificação; Plano de cuidados de enfermagem; Lesões. Mapeamento.

ABSTRACT

Meneses, L. A. B. **Nursing Intervention Mapping Cross Adult and Elderly Hospitalized with Integrity Risk Diagnosis of Impaired Skin.** ... F 2016. Thesis (Ph.D.) - Federal University of Paraíba, João Pessoa - Paraíba, 2016.

Introduction: With the Nursing Process arise Ratings Systems of Nursing Practice, starting with the nursing diagnosis classification, then classification of nursing interventions and Classification of Nursing Outcomes, constituting a comprehensive standardized language system of nursing practice. **Objective:** To analyze from the cross mapping, nursing interventions / activities, described by nursing students for the diagnosis Integrity Risk of Skin adults Impaired and hospitalized elderly, correlating them to the Nursing Interventions Classification, according to NANDA- link I / NIC, 2007 - 2008; Identify nursing interventions / activities described by nursing students for the diagnosis Integrity Risk of Skin impaired adults and elderly hospitalized; conduct cross-mapping of nursing interventions / activities, described by nursing students for the Health Risk diagnosis Impaired skin of adults and elderly hospitalized, comparing them to the classification; validate the content of nursing interventions / activities, described by nursing students to diagnose Integrity Risk of Skin Impaired of hospitalized adults and elderly, by specialist nurses. **Method:** a descriptive study, quantitative approach, used cross mapping. Held at the Federal University of Paraíba, with 25 nursing students and 14 nurses. Attended Resolution 466/2012. Data collection took place in three phases, the analysis based on descriptive statistics. The thesis is in articles format. **Results:** Mapped up with the Classification of Nursing Interventions, 32 interventions and 78 nursing activities in the fields: Physiologic complex, basic, behavioral and physiological safety. Interventions mapped 24 are in connection 8 and beyond. Conclusions: validated to 11 nursing interventions as a priority and 21 as suggested. It was identified focus on priority interventions, except for "Care bed rest," he said to the activities of "facilitating self-care", it is concluded that it is important to strengthen the teaching of this subject in nursing education.

Keywords: Nursing; Diagnosis of Nursing; Nursing care; Plan Nursing Care; Injuries; Mapping.

RESUMEN

Meneses, L. A. B. Mapeo de Intervenciones de Enfermería Cruz de adultos y ancianos hospitalizados con integridad riesgo Diagnóstico de la piel perjudicada. ... F 2016. Tesis (Doctorado) - Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa - Paraíba, 2016.

Introducción: Con el proceso de enfermería surgen los usuarios de sistemas de la práctica de enfermería, a partir de la clasificación de diagnósticos de enfermería, a continuación, la clasificación de las intervenciones de enfermería y clasificación de resultados de enfermería, lo que constituye un sistema de lenguaje normalizado integral de la práctica de enfermería. **Objetivo:** Analizar la asignación de cruz, las intervenciones de enfermería / actividades, descrito por los estudiantes de enfermería para el diagnóstico Riesgo de Integridad de la piel perjudicada adultos y ancianos hospitalizados y correlacionarlos con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, de acuerdo con Nanda-enlace E / NIC, 2007 - 2008; Identificar las intervenciones de enfermería / actividades descritas por los estudiantes de enfermería para el diagnóstico Riesgo de Integridad de la piel perjudicada adultos y ancianos hospitalizados; llevar a cabo a través del mapeo de enfermería intervenciones / actividades, descrito por los estudiantes de enfermería para el diagnóstico de riesgos de salud de la piel perjudicada de adultos y ancianos hospitalizados, comparándolas con la clasificación; validar el contenido de las intervenciones de enfermería / actividades, descritas por los estudiantes de enfermería para el diagnóstico de la Integridad de la piel perjudicada Riesgo de adultos y ancianos hospitalizados, por enfermeras especializadas. **Método:** Estudio descriptivo, enfoque cuantitativo, utilizó la cartografía cruz. Celebrado en la Universidad Federal de Paraíba, con 25 estudiantes de enfermería y 14 enfermeros. Asistido a la Resolución 466/2012. La recolección de datos se llevó a cabo en tres fases, el análisis basado en la estadística descriptiva. La tesis está en formato de artículos. **Resultados:** correlacionados con la Clasificación de Intervenciones de enfermería, 32 intervenciones y actividades de enfermería 78 en los campos: complejo fisiológico, básicas, de comportamiento y de seguridad fisiológica. Las intervenciones son mapeados 24 en conexión 8 y más allá. Conclusiones: validados para 11 intervenciones de enfermería como una prioridad y 21 como se sugiere. Fue identificado el foco en las intervenciones prioritarias, a excepción de "reposo en cama Care", dijo a las actividades de "facilitar el autocuidado", se concluye que es importante fortalecer la enseñanza de esta materia en la educación de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; El diagnóstico de enfermería; Los cuidados de enfermería; Plan de atención de enfermería; lesiones; Mapeo.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1 NTRODUZINDO A TEMÁTICA.....	20
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 GERAL.....	30
2.2 ESPECÍFICOS.....	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
ARTIGO I – REVISÃO INTEGRATIVA: ANÁLISE DA PRODUÇÃO ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC).....	32
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
4.1. NATUREZA DO ESTUDO.....	53
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	54
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	56
4.4 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA.....	58
4.5 COLETA DE DADOS: ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	59
4.5.1. Primeira etapa do estudo - Levantamento das intervenções/atividades de enfermagem.....	59
4.5.1.1 Procedimento de coleta dos dados.....	59
4.5.1.2 Instrumento de coleta dos dados.....	60
4.5.1.3 Análise dos dados.....	61
4.5.2 Segunda etapa: mapeamento cruzado.....	62
4.5.3 Terceira etapa: análise e refinamento das Intervenções/atividades de enfermagem pelos enfermeiros especialistas.....	65
4.5.3.1 Procedimento de coleta dos dados.....	65
4.5.3.2 Instrumentos de coleta dos dados.....	67
4.5.3.3 Análise dos dados.....	68
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	70

ARTIGO II – MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA.....	70
ARTIGO III – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INTERVENÇÕES (VCI) PARA O DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA DE ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS.....	92
6 CONCLUSÃO DA TESE.....	113
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE A.....	121
APÊNDICE B.....	122
APÊNDICE C.....	123
APÊNDICE D.....	125
APÊNDICE E.....	126
APÊNDICE F.....	158
APÊNDICE G.....	161
APÊNDICE H.....	163
APÊNDICE I.....	165
APÊNDICE J.....	167
ANEXO I.....	216

APRESENTAÇÃO

Motivação para a realização do estudo

Este estudo se traduz de uma história viva e longa. Sua construção foi desafiadora, somada com reflexões, discussões, críticas, superação e, sobretudo, coragem! Pode-se dizer que foi gerado há, aproximadamente, 23 anos, desde minha admissão na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) como docente do Curso de Graduação em Enfermagem, responsável pela disciplina Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e II, na época, denominada de Introdução à Enfermagem, uma disciplina teórico-prática, ministrada de terça a sexta-feira, e cujo plano de curso contemplava conteúdos relativos ao Processo de Enfermagem. No cotidiano da prática da disciplina, dentre as diversas atividades, os discentes realizavam anamnese, exame físico geral e específico, analisavam exames e prescrições médicas e de enfermagem, como parâmetros para subsidiar estudos clínicos do estado de saúde dos pacientes, instrumentalizando assim a prática acadêmica assistencial em enfermagem, com aplicabilidade do Processo de Enfermagem com base na *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA, hoje NANDA Internacional (NANDA – I).

Com a finalidade de fortalecer o processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem, na perspectiva da prática assistencial, instituiu-se um projeto de extensão universitária, denominado de Estágio Curricular não Obrigatório em Enfermagem, coordenado pela autora desta tese, então docente da disciplina supramencionada, e conduzido com a colaboração de uma equipe de docentes do Departamento de Enfermagem Clínica e de enfermeiros assistenciais da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), local de realização da referida extensão.

A familiaridade com o cotidiano da prática hospitalar, no exercício da integração docente assistencial, despertou na pesquisadora o interesse por se inserir no Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), da Pós-graduação de Enfermagem da UFPB, o qual tinha, entre outras finalidades, a de desenvolver estratégias para a implantação e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Unidades Clínicas do HULW. Nessa perspectiva, sucederam-se capacitações permanentes para enfermeiros e técnicos de Enfermagem, de modo a qualificar o desenvolvimento das ações com a execução do Processo de Enfermagem.

Na trajetória acadêmica da pesquisadora, como integrante do GEPFAE, ela teve a oportunidade de ministrar capacitações, com o objetivo de implantar e efetivar o PE em instituições hospitalares no estado da Paraíba, como o Hospital de Guarnição de João Pessoa e o Hospital Regional de Cajazeiras, e experiências registradas em produções científicas, publicadas em periódicos nacionais, como a *Revista Disciplinarum Scientia*, série: ciências da saúde, por exemplo.

Soma-se a esses eventos o desenvolvimento de projetos de pesquisas através do Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC), com o objetivo de analisar, a partir de prontuários, as normas e as regulamentações legais; a comunicação multiprofissional entre a equipe de saúde e os registros da assistência de enfermagem, como fonte de informação para a implantação da Sistematização da

Assistência de Enfermagem, o que evidenciou a ausência de registro de intervenções importantes e fundamentais para uma assistência de boa qualidade, entre elas, as relacionadas à prevenção de lesões da pele.

Tais evidências suscitaram a realização de novas investigações por meio do PIVIC, as quais objetivaram analisar as Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada, com base no Sistema de Classificação de Intervenções (NIC) (2010).

Esses estudos relacionados à prevenção de lesões de pele das intervenções de enfermagem trouxeram contribuições para o GEPFAE e o Grupo de Estudos e Pesquisas em Feridas (GEPEFE), dos quais sou membro integrante. Portanto, a tese ora apresentada se insere ao GEPFAE, através da linha de pesquisa “Fundamentos Teórico-filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde”, bem como ao GEPEFE, por meio da linha de pesquisa “O Cuidado de Enfermagem e o Processo Ensino-aprendizagem”.

Considerando o exposto, justifica-se o desenvolvimento desta tese, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, na área de concentração ‘Cuidado em enfermagem e saúde’, que foi organizada em formato de artigos, em cumprimento ao que estabelece o regimento do referido Programa. Assim, o trabalho foi organizado com a seguinte estrutura:

Apresentação - descreve a trajetória acadêmica e docente assistencial da pesquisadora, associada à sua identificação com a temática, à vinculação a Grupos de Estudos e Pesquisa na área afim, com realização de eventos relacionados sobre capacitação de profissionais, pesquisas desenvolvidas e publicações em âmbito nacional, o que justifica o interesse por seu objeto de tese.

Introduzindo a temática – contextualiza historicamente o Processo de Enfermagem, numa perspectiva conceitual e teórico-metodológica, desde a concepção do termo “Processo”, a evolução das diferentes etapas de seu desenvolvimento, e a Resolução do COFEN, que normatiza a SAE. Também destaca o surgimento da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA - e relaciona o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), considerando os avanços das pesquisas sobre os referidos Sistemas de Classificação.

Revisão de literatura – constituída de uma pesquisa do tipo revisão integrativa, sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem, descrita na modalidade de artigo.

Artigo 01 – “Revisão integrativa: análise da produção acerca da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)” - Objetiva analisar as Intervenções de Enfermagem, categorizadas a partir de publicações nacionais e internacionais, considerando o desenvolvimento e a utilização da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC).

Método – Pesquisa de abordagem quantitativa, em cujo processo metodológico se utilizou como base o *Cross Mapping*, traduzido como Mapeamento Cruzado, empregado por Delaney e Moorhead (1997), para comparar dados de Enfermagem não padronizados com a linguagem padronizada (NIC). Os sujeitos da pesquisa foram graduandos do Curso de Enfermagem de uma instituição pública de ensino e enfermeiros especialistas em Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

Resultados e discussão – Após o mapeamento cruzado das Intervenções de Enfermagem elencadas pelos graduandos sujeitos da pesquisa, com as Intervenções propostas pela NIC e posterior refinamento dessas intervenções por enfermeiros especialistas em Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem, os resultados encontrados foram analisados e discutidos e subsidiaram a elaboração dos seguintes artigos:

Artigo 02 - “Mapeamento cruzado de Intervenções de Enfermagem relacionadas ao diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada”. Pesquisa cujo objetivo foi de comparar as intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, descritas por graduandos de Enfermagem e as propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Artigo 03 – “Validação de conteúdo de intervenções (VCI) para o Diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados”. Objetivou validar as Intervenções e as Atividades de Enfermagem, para o Diagnóstico de Risco de Integridade da Pele Prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, considerando os níveis de categoria em prioritárias, sugeridas e adicionais.

Conclusão da tese – Trata-se das considerações finais em relação aos resultados encontrados nas respostas dos graduandos e à análise e ao julgamento dos experts, além das sugestões para estudos futuros sobre a temática e contribuições para o ensino, a pesquisa e a assistência.

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Com o advento da Revolução Tecnológica, no final do Século XX e início do Século XXI, muitas mudanças ocorreram na forma de “pensar e fazer” a saúde e a Enfermagem no Brasil e no mundo, especialmente, no que concerne à comunicação da prática assistencial. Por essa razão, tornou-se imperativo empregar uma linguagem clara e sistematizada, que possibilite a uniformização dos registros e das informações referentes ao processo de cuidar do ser humano.

O termo “processo” foi utilizado, pela primeira vez, no ano de 1955, por Lydia Hall, ao mencionar a profissão como uma atividade processual. Em 1961, Ida Orlando utilizou o termo “Processo de Enfermagem” (PE), ao fazer referência ao cuidado de enfermagem, e o classificou em três componentes: “comportamento do paciente, reação e ação do enfermeiro”, cujo significado é totalmente diferente do que é concebido hoje¹.

No ano de 1963, Virgínia Bonney e June Rothberg classificaram o “Processo de Enfermagem” em quatro fases: dados sociais e físicos, diagnóstico de enfermagem, terapia de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Quatro anos depois, Yura e Walsh classificaram o “Processo de Enfermagem” também em quatro fases, porém diferentes das classificadas anteriormente - coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação - e destacou as atividades intelectuais, interpessoais e técnicas que julgavam importantes e necessárias à prática profissional¹.

Em 1970, Lucile Lewis se referiu ao “Processo de Enfermagem” e o definiu em três fases: levantamento, intervenção e avaliação, sendo que a primeira incluía os diagnósticos, embora não usasse esse termo, mas identificação de problemas e estabelecimento das prioridades². Nessa mesma década, no Brasil, houve um inegável investimento no ensino do “Processo de Enfermagem” nos cursos de graduação e pós-graduação. Nesse contexto, destaca-se a influência da enfermeira e professora Wanda de Aguiar Horta, que se dedicou ao estudo do referido processo e fundamentou-o nas necessidades humanas básicas. Sob seu ponto de vista, o Processo de Enfermagem era uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas caracterizado pelo dinamismo de suas fases².

As décadas seguintes - 1980 e 1990 - foram marcadas por um quantitativo amplo de pesquisas na área da Enfermagem que abordavam o “Processo de Enfermagem (PE)” como metodologia da assistência. Nesse período, foi criada a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, referente à regulamentação do exercício da Enfermagem, e em cujo Artigo 11 destaca como atividades exclusivas do enfermeiro: a consulta, a prescrição da assistência de enfermagem, os cuidados diretos de enfermagem para pacientes com risco de vida e cuidados de mais complexidade técnica, que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas³.

O “Processo de Enfermagem” é concebido como um instrumento que permite ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais e definir quais são os aspectos dessa resposta exigem uma intervenção profissional⁴. O PE reúne um conjunto de passos que envolvem a coleta de informações, a identificação dos problemas de enfermagem, o planejamento das intervenções necessárias, a implementação e a avaliação das intervenções, seja para o indivíduo, a família ou a comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado⁵.

Diante do exposto, conclui-se que, considerando suas diferentes fases propositivas, o Processo de Enfermagem foi um método que contribuiu para o processo de cuidado em enfermagem e possibilitou o planejamento das diferentes atividades, de modo a favorecer a qualidade da assistência no plano individual e no coletivo. Sua implementação e a avaliação dos seus resultados e impactos, quanto ao cuidado com o indivíduo, a família e a comunidade, impulsionou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual organiza o trabalho dos profissionais de Enfermagem quanto ao método (Processo de Enfermagem), ao pessoal (enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem) e aos instrumentos e às técnicas (coleta de dados, de avaliação, protocolos, escalas de serviços, etc.), o que torna possível a implementação do Processo de Enfermagem.

Sobre esse aspecto, encontra-se respaldo em Garcia e Nóbrega, quando afirmam:

Enquanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza as condições necessárias à sua realização, o Processo de Enfermagem, executado de modo sistemático e deliberado, define as

necessidades, orienta o cuidado e documenta os resultados obtidos com a ação/intervenção executada [...]⁴

Em meio às discussões e aos estudos sobre SAE e PE, reconheceu-se que é necessário um aporte legal que se adéque aos avanços e ao desenvolvimento do conhecimento técnico-científico referente à prática assistencial da Enfermagem. Por essa razão, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2009, reuniram-se com o intuito de revisar e analisar a Resolução COFEN nº 272/2002, que culminou com sua revogação e a aprovação da Resolução COFEN nº 358/2009, que considera a Sistematização da Assistência de Enfermagem responsável pela organização do trabalho de enfermagem, e o Processo de Enfermagem como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. Em seu Art. 2º, divide-o em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação⁶. Ressalte-se que, nos artigos 4º e 5º da supracitada Resolução, consta que a SAE não é uma atividade privativa do enfermeiro, mas de toda a equipe de enfermagem, considerando as atribuições específicas de cada categoria.

Ao longo do desenvolvimento do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, em paralelo, desenvolviam-se estudos e pesquisas que afirmavam ser imperativo inovar metodologias que permitissem a classificação da prática de enfermagem. Nesse sentido, merece destaque o estudo de Wilson, em 1929, que referiu que era preciso separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos, para identificar, de forma particular, os aspectos específicos das ações da Enfermagem⁷. Em 1950, Louise McManus, em conferência no Teachers College, em Nova Iorque, referiu-se à identificação de problemas de enfermagem como uma função específica do (a) enfermeiro (a)⁴.

Em 1960, Abdellah desenvolveu uma lista com 21 problemas de enfermagem. Essa lista se configurou como um dos primeiros Sistemas de Classificação para a prática e a terapêutica da Enfermagem. No entanto, o desenvolvimento do Sistema de Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem teve como marco principal a I Conferência do Grupo Norte-americano para a Classificação de Diagnóstico de

Enfermagem, na *St. Louis University*, no ano de 1973. Na ocasião, 34 diagnósticos foram apresentados e validados pelos participantes da Conferência⁸.

A II Conferência ocorreu em 1975, a terceira, em 1978, e, a cada dois anos, as conferências desse grupo continuavam sendo realizadas. Até que, em 1980, foram originados, refinados e classificados os Termos Diagnósticos. Nesse mesmo ano, a *American Nurses Association (ANA)* recomendou que enfermeiras/as se responsabilizassem por diagnósticos e tratamentos de respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais. Como resultado dessa discussão, surgiu, em 1982, a *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA* - que teve a finalidade de elaborar e desenvolver a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem para ser usada por enfermeiros e enfermeiras⁹.

Em 1986, durante a VII Conferência do Grupo norte-americano para a Classificação de Diagnóstico de Enfermagem, foi aprovada, em assembleia geral, a taxonomia I da NANDA. Em 1989, foi publicada pela NANDA a Taxonomia I revisada, que apresentou Diagnósticos de Enfermagem testados em pesquisa e em uso clínico, que foram aprovados na VII e na VIII Conferências. Nos anos de 1990, por ocasião da IX Conferência, foi lançada a Taxonomia II da NANDA, que aborda definições mais completas para os padrões de respostas humanas¹⁰.

A organização dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA tem apresentado mudanças significativas ao longo da sua criação, que evoluíram de uma lista em ordem alfabética para um Sistema de Classificação Taxonômico, Multiaxial¹¹. Em virtude do significativo crescimento dessa classificação fora da América do Norte, em 2002, a NANDA foi convertida oficialmente em NANDA Internacional (NANDA-I). A Classificação da NANDA-I (2012 – 2014)¹¹ foi organizada em três eixos, com 13 domínios, seis classes e 217 Diagnósticos de Enfermagem. Nessa versão, foram retirados dois diagnósticos, revisados 11 e acrescentados 16 novos, definidos como:

[...] Julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde, reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável [...]¹¹.

Ao mesmo tempo em que o Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, proposto pela NANDA-I, desenvolveu-se em uma estrutura taxonômica

e classificatória para a prática de enfermagem, na pesquisa, na assistência e no ensino, também foram sendo aprofundados estudos em sobre as Intervenções e os Resultados de Enfermagem, de modo a possibilitar a utilização do diagnóstico da NANDA-I, em uma estrutura de organização que inclui a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Assim, foi criado um sistema abrangente de linguagem capaz de documentar a assistência de Enfermagem de forma padronizada¹¹.

No que concerne à Classificação das Intervenções de Enfermagem, a NIC é uma classificação uniformizada, realizada pelos profissionais, de maneira independente ou colaborativa, com cuidado direto ou indireto. Apresenta uma estrutura taxonômica constituída de sete domínios (numerados de 1 a 7): Fisiológico Básico, Fisiológico Complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de Saúde e Comunidade, 30 classes e 542 intervenções de enfermagem, perfazendo um total de atividades superior a 12.000. Os sete domínios pertencem ao nível superior (o mais abstrato); as classes estão no segundo nível, e o grupo das intervenções e das atividades de enfermagem está no terceiro nível (o mais concreto). Os códigos para os sete domínios vão de 1 a 7. As classes recebem códigos de A a Z e a, b, c, d. As letras minúsculas indicam que as letras do alfabeto maiúsculas terminaram. A NIC contempla os aspectos fisiológicos e psicológicos do ser humano, inclui tratamento, prevenção e promoção da saúde da mesma forma que os diagnósticos¹².

As Intervenções de Enfermagem têm título, definição e uma lista de atividades que podem ser escolhidas para a realização do cuidado de enfermagem¹². A escolha das atividades de enfermagem depende da necessidade do indivíduo, da família, da comunidade e da disponibilidade de pessoal e de recursos materiais.

[...] Intervenção de Enfermagem consiste em qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente. Atividades de Enfermagem são os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes a avançar rumo a um resultado almejado [...]¹³

A NIC tem a vantagem de se unir à Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED), considerado um vocabulário abrangente monitorado pelas Ciências Biomédicas. Isso faz a NIC se integrar com outras classificações e ser utilizada em

mais de 25 países¹⁴. Também pode estar associada à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que apresenta uma estrutura comum para Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem¹⁵. Outro aspecto relevante a ser considerado é a possibilidade de ser usada (NIC) na prática acadêmica, gerencial e do cuidado em saúde.

A utilização e a aplicabilidade da NIC, nos diferentes campos do saber, são constatações de diversos estudos, dentre eles, destacam-se:

A identificação das Intervenções de Enfermagem da *Nursing Intervention Classification* para situação real e de risco de volume de líquidos deficiente, para vítima de trauma, no Atendimento Pré-hospitalar Avançado Móvel, 16 intervenções e 59 atividades para a situação real e 11 intervenções e 37 atividades para a situação de risco¹⁶;

A análise dos registros diagnósticos e das ações de enfermagem prescritas pelos enfermeiros nos prontuários de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos, que foram mapeadas com as intervenções de enfermagem propostas pela NIC. O resultado foram 124 ações de enfermagem, que foram mapeadas em 42 intervenções NIC¹⁷;

A análise das atividades dos enfermeiros em relação à linguagem padronizada da NIC para o diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas para pacientes adultos e idosos em situações clínicas, realizado no México, que resultou em 14 intervenções e 70 atividades¹⁸;

A análise da aplicabilidade de intervenções propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas em adultos e idosos hospitalizados, com estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição pública de ensino. Como parte dos resultados, foram listadas 22 intervenções e 81 atividades de enfermagem¹⁹.

Esses estudos reafirmam a aplicabilidade e a importância da NIC na padronização da linguagem utilizada por estudantes e enfermeiros na classificação de ações específicas do processo de cuidar; permitindo comparações dos cuidados realizados em diferentes campos do saber.

A escolha de uma intervenção de enfermagem leva em consideração a individualidade de cada paciente e deve ser fundamentada em uma coleta de dados eficaz e em um diagnóstico de enfermagem bem definido, com base nos resultados

esperados, a partir da ligação NANDA-I/NIC²⁰. Para executar a intervenção, é necessário avaliar sua viabilidade, a aceitação e a compreensão do paciente e a capacidade do enfermeiro de resolver a situação mais problemática tipo a ligação.

A ligação NANDA-I/NIC²⁰ é definida como “um relacionamento ou associação entre um diagnóstico de enfermagem e uma intervenção de Enfermagem que faz com que elas ocorram em conjunto a fim de obter um resultado ou a resolução do problema do paciente”. Recomenda algumas intervenções, classificadas como prioritárias, sugeridas e adicionais. As intervenções principais, que são as mais prováveis para a solução do diagnóstico, estão listadas em negrito; as sugeridas são as com a probabilidade de remeter ao diagnóstico, porém não tão prováveis quanto as prioritárias; e as opcionais são aquelas que se aplicam a apenas alguns pacientes com o diagnóstico. Elas oferecem ao enfermeiro a oportunidade de individualizar as prescrições dos pacientes²¹.

No que concerne ao diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada, as intervenções que constam na ligação NANDA – I / NIC, consideradas prioritárias, são: Prevenção de úlcera por pressão, Controle da pressão e Supervisão da pele²¹. Ao avaliar o Risco de integridade da pele prejudicada, o enfermeiro deve planejar e executar intervenções necessárias para a prevenção. Essas intervenções devem garantir a continuidade do cuidado prestado e permitir uma comunicação eficaz com a equipe de Enfermagem.

O presente estudo, cujo objeto de investigação são as intervenções/atividades de enfermagem para o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada para adultos e idosos hospitalizados, propõe-se a corroborar outros estudos e pesquisas que vêm reafirmando a importância da utilização da NIC.

O diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada é definido pela NANDA-I “como risco de a pele ser alterada, de forma adversa” – pertence ao Domínio 11 - Segurança/Proteção e à Classe 2 - Lesão física – “e descreve as respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em um indivíduo, uma família ou uma comunidade, vulneráveis para tal”. O Domínio Segurança/Proteção inclui conceitos diagnósticos sobre estar livre de perigo, de lesão física ou dano ao sistema imunológico, conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos. Nele, a classe Lesão física é definida como “dano ou ferimento ao organismo”¹¹.

Os fatores de risco apresentados para o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada dividem-se em externos e internos. Os externos são excreções, extremos de idade, fatores mecânicos (pressão, contenção e imobilização), hipertermia, hipotermia, imobilização física, pele úmida, radiação, secreções e substância química. Os fatores internos são circulação prejudicada, estado nutricional desequilibrado, fatores de desenvolvimento, imunológicos e psicogênicos, medicamentos, mudanças na pigmentação, no estado metabólico e no turgor da pele, proeminências ósseas e sensações prejudicadas¹¹.

Sabe-se que o enfermeiro desempenha papel fundamental na assistência direta em todos os níveis de atenção à saúde. Esse profissional pode vivenciar, no cotidiano do trabalho, usuários com Risco de integridade da pele prejudicada. Por isso, ele precisa conhecer os fatores de risco internos e externos, para realizar o cuidado preventivo com a pele e dominar todas as etapas do Processo de Enfermagem, para que possa implementá-lo na prática.

A vivência acadêmica docente assistencial tem permitido a essa pesquisadora constatar a ocorrência de Diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada em adultos e idosos hospitalizados, seja em consequência de doenças crônicas, endócrinas, dermatológicas ou por mobilidade física prejudicada, entre outros. Essas situações diagnósticas suscitam a necessidade de proporcionar uma assistência de enfermagem planejada e sistematizada e de classificar as diferentes intervenções, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado. No entanto, observa-se que, de maneira geral, nas instituições hospitalares, ainda é preciso melhorar a padronização das intervenções de enfermagem.

É possível observar que, embora haja determinação legal para a implementação de uma assistência planejada e sistematizada, com aplicabilidade da Classificação das Intervenções de Enfermagem e que deve ser adotada pelas diversas instituições hospitalares, não há uma prática efetiva e rotineira do uso da Classificação das Intervenções (NIC), considerando-se os diferentes diagnósticos.

Essa realidade nos revela uma problemática que pode ser minimizada e/ou superada no processo de formação da graduação e da pós-graduação, seja através de estratégias de ensino-aprendizagem, seja mediada por instrumento de investigação e pesquisas, de modo a facilitar a compreensão dos profissionais, dos docentes e dos estudantes a importância de efetivar o PE em sua prática diária, com

o desenvolvimento de todas as etapas e a indispensável inter-relação das intervenções (NIC) por meio do planejamento e da implementação.

Nesse contexto, é sobremaneira importante o desenvolvimento de estudos que reúnam informações sobre as intervenções/atividades de enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, com vistas a contribuir com o processo de formação e da assistência de enfermagem, através da orientação e da reorientação da aplicabilidade do Processo de Enfermagem e da utilização das intervenções de enfermagem propostas pela NIC.

Por considerar a importância da SAE e sua implementação no cotidiano da prática assistencial, o Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da UFPB, de cujo corpo docente a autora deste estudo faz parte, contempla, em seu projeto pedagógico, componentes curriculares que dão ênfase ao desenvolvimento do Processo de Enfermagem em suas atividades teórico-práticas, em disciplinas do terceiro ao último período do curso. Desse modo, o ensino da Enfermagem na UFPB oportuniza aos estudantes o conhecimento e a implementação do PE nos diversos cenários de práticas e possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades para desenvolvê-lo em sua vida profissional.

Assim, considerando o exposto, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- 1 - As intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos do Curso de Enfermagem da UFPB, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, correspondem às apresentadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).
- 2 - Enfermeiros especialistas em Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem consideram que as intervenções/atividades mapeadas a partir da descrição feita por graduandos de Enfermagem da UFPB, para o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada correspondem às apresentadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

A busca da confirmação ou da refutação dessas hipóteses dá-se pela importância da realização desta pesquisa, porque a considerarmos sobremaneira relevante, tanto para reorientar o processo de formação em Enfermagem, com estímulo ao fortalecimento da implementação e da utilização de conteúdos nos

componentes curriculares e efetiva aplicabilidade teórico-prática nos diferentes cenários de atuação dos estudantes, quanto para contribuir com a classificação de novas intervenções/atividades, de modo a ampliar o elenco de intervenções já contempladas na NIC.

A opção pelo método do mapeamento cruzado se justifica por causa da necessidade de organizar, agrupar por semelhança e comparar as intervenções/atividades de enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, descritas por graduandos do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem de uma instituição pública de ensino, e analisar sua aplicabilidade em relação às intervenções/atividades de enfermagem propostas na NIC para adultos e idosos hospitalizados. Mapear as respostas dos graduandos de Enfermagem sobre as intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada se ancora na importância de elaborar uma linguagem padronizada para a assistência de enfermagem nos cuidados prestados.

Assim, acredita-se que esta pesquisa poderá colaborar para aproximar a teoria da prática e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem, além de subsidiar a formação na graduação, na pós-graduação e na pesquisa. Também permite sugerir a intensificação dos sistemas de classificações nos componentes curriculares teóricos e práticos e se propõe a enviar os resultados obtidos para a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), com a finalidade de contribuir para o aprimoramento dessa taxonomia.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar, por meio do mapeamento cruzado, as intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem de uma instituição pública de ensino, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, de adultos e idosos hospitalizados, e correlacioná-las com as da NIC, com base na ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados;
- Fazer o mapeamento cruzado das intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados e compará-las com as propostas pela NIC;
- Validar o conteúdo das intervenções/atividades de enfermagem, descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados por enfermeiros especialistas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A descrição do referencial teórico que fundamenta esta tese consiste do desenvolvimento de um manuscrito no formato de artigo de revisão de literatura, para o qual se adotou o método da revisão integrativa, visando contextualizar o tema em estudo, com respaldo nas teorias e em outras produções bibliográficas que dão suporte teórico e metodológico à Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). A fonte de busca bibliográfica foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e as bases de dados, a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e a *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (MEDLINE).

Apresenta-se, a seguir, um texto que tem a finalidade de analisar as intervenções de enfermagem, considerando o desenvolvimento e a utilização da Classificação de Intervenções de Enfermagem da NIC, possibilitando reflexões sobre a realização de futuros estudos. O artigo visa categorizar as intervenções de enfermagem investigadas a partir de publicações nacionais e internacionais.

REVISÃO INTEGRATIVA: ANÁLISE DA PRODUÇÃO ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

INTEGRATIVE REVIEW: ANALYSIS ON THE CLASSIFICATION OF NURSING INTERVENTION PRODUCTION (NIC)

REVISIÓN INTEGRADA: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DE ENFERMERÍA DE CLASIFICACION DE INTERVENCIÓN (NIC)

RESUMO

Introdução: No final da década de 1980, a Enfermagem contava com sistemas de classificações relacionados a algumas etapas do Processo de Enfermagem, como a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha, a Classificação de Intervenções de Enfermagem, a Classificação de Resultados de Enfermagem, entre outros. A finalidade das Classificações de Enfermagem é de propor uma linguagem comum para descrever os cuidados com os indivíduos, as famílias e as comunidades. **Objetivo:** Analisar, na literatura nacional e na internacional, estudos em que se utiliza a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). **Método:** Revisão integrativa, que cumpriu as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. **Resultados:** Obtiveram-se dez artigos: 50% na LILACS, 40% na BDENF e LILACS e 10% na MEDLINE. 80% das pesquisas foram realizadas no Brasil, 10%, na Espanha, e 10%, na Suíça; 70% originais, sendo um estudo de caso, 20% revisão de literatura, e 10%, relato de experiência; 50% desenvolvidas em ambiente hospitalar, 30%, validação de conteúdo de intervenções de Enfermagem, 20%; comparação de registros com a NIC; 30% identificaram intervenções a partir das ações descritas por enfermeiros; 10% compararam com a NIC os cuidados descritos por mães de RN hospitalizados, e 10% relataram experiência com Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) utilizando NANDA, NIC e NOC. Depois da caracterização dos estudos selecionados, delimitaram-se quatro áreas temáticas (AT): validação, mapeamento, identificação e prática clínica. **Conclusão:** A maioria das intervenções pertence ao Domínio Fisiológico básico ou complexo; o Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem é pouco utilizado na prática, embora os enfermeiros prescrevam as intervenções em consonância com a NIC. Percebe-se que é de extrema importância fortalecer o ensino do PE na graduação, para que o profissional possa implementá-lo com segurança, na prática, utilizando os Sistemas de Classificações.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Classificação; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: In the late 1980s, nursing had ratings systems related to some steps of the nursing process, such as Nursing Diagnoses NANDA Taxonomy International, the International Classification for Nursing Practice, Community Health System Omaha, the Nursing Intervention Classification, Nursing Outcomes Classification, among others. The purpose of the Nursing Ratings is proposing a common language to describe the care to individuals, families and communities. **Objective:** To analyze the national and international literature studies using the Classification of Nursing Interventions (NIC). **Method:** an integrative review, which fulfilled the following steps: issue identification and selection of hypothesis, establishing criteria for inclusion and exclusion of studies, definition of information to be extracted from studies, evaluation of the studies included in the integrative review; interpretation of results; presentation of review / knowledge synthesis. **Results:** we obtained 10 articles. 50% in LILACS, 40% in BDENF and LILACS and 10% in MEDLINE. 80% of surveys were conducted in Brazil, 10% in Spain and 10% in Switzerland. 70% original, with a case study, 20% literature review, and 10% reporting experience. 50% developed in the hospital, 30% content validation of nursing interventions, 20% comparing records with the NIC, 30% identified interventions from the actions described by nurses; 10% compared with the NIC care described by RN hospitalized mothers; and 10% reported experience with Systematization of Nursing Assistance (SAE) using NANDA, NIC and NOC. After characterization of the selected studies, delimited to four thematic areas (AT), they are: validation, mapping, identification and clinical practice. **Conclusions:** most interventions belongs to basic Physiologic Domain or complex, the Classification System of Nursing Interventions is little used in practice, although nurses prescribe interventions in line with IAS. It is noticed that it is extremely important to strengthen the EP school graduation, so the professional can implement it safely in practice, using the Ratings systems.

Keywords: Nursing Care; Classification; Nursing Care.

RESUMEN

Introdução: A finales de 1980, la enfermería tenía sistemas de los grados relacionados con algunos pasos del proceso de enfermería, como Diagnóstico de enfermería de la NANDA Internacional de Taxonomía, la Clasificación internacional para la práctica de enfermería, el Sistema de Salud de la Comunidad de Omaha, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, los resultados de Enfermería, entre otros. El propósito de las clasificaciones de enfermería está proponiendo un lenguaje común para describir el cuidado de las personas, las familias y las comunidades. **Objetivo:** Analizar los estudios nacionales e internacionales de la literatura utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). **Método:** una revisión integradora, que cumple los siguientes pasos: identificación de problemas y selección

de hipótesis, se establecen los criterios para la inclusión y exclusión de los estudios, la definición de la información que se extrae de los estudios, la evaluación de los estudios incluidos en la revisión integradora; interpretación de los resultados; presentación de la síntesis de revisión / conocimiento. **Resultados:** se obtuvieron 10 artículos. 50% en LILACS, 40% en BDNF y LILACS y el 10% en MEDLINE. 80% de las encuestas se llevaron a cabo en Brasil, 10% en España y 10% en Suiza. 70% original, con un estudio de caso, el 20% revisión de la literatura, y el 10% experiencia de informes. 50% desarrollado en el hospital, el 30% validación del contenido de las intervenciones de enfermería, 20% en comparación con los registros de la NIC, el 30% de las intervenciones identificadas las acciones descritas por las enfermeras; 10% en comparación con el cuidado NIC descrito por RN hospitalizado madres; y el 10% informó de experiencia con Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) usando la NANDA, NIC y NOC. Después de la caracterización de los estudios seleccionados, delimitadas a cuatro áreas temáticas (AT), que son: la validación, la cartografía, la identificación y la práctica clínica. **Conclusiones:** La mayoría de las intervenciones pertenece al dominio fisiológico básico o complejo, el Sistema de Clasificación de Intervenciones de enfermería es poco utilizado en la práctica, a pesar de las enfermeras prescriben las intervenciones de acuerdo con la NIC. Se dio cuenta de que es muy importante fortalecer la graduación de la escuela EP, por lo que el profesional puede aplicar de forma segura en la práctica, el uso de los sistemas de los usuarios.

Palabras clave: cuidados de enfermería, Clasificación, cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

A prática assistencial da Enfermagem e a busca pela efetividade do cuidado voltado para o indivíduo, a família e a comunidade requerem ações planejadas e sistematizadas. Com esse intuito, a ciência da Enfermagem utiliza conhecimentos específicos que efetivam e edificam a práxis do cuidar, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma ferramenta essencial para efetivar a teoria na prática da equipe de enfermagem, por identificar, compreender, elucidar e/ou prever a resposta dos indivíduos aos problemas de saúde ou processos vitais, orientando, portanto, as intervenções adequadas para serem executadas pela equipe¹.

O paradigma da Enfermagem, embora venha sendo construído ao longo do tempo, apresenta-se em evolução contínua, com os seus modelos conceituais e teórico-metodológicos que resultam em vários sistemas de classificações que visam à qualificação do ato de cuidar na prática assistencial.

Nóbrega e Garcia² enunciam que, no final da década de 1980, a Enfermagem contava com sistemas de classificação relacionados a algumas etapas do Processo de Enfermagem, como a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), entre outros.

A finalidade das Classificações de Enfermagem é de propor uma linguagem comum para descrever os cuidados que devem ser dispensados aos indivíduos, às famílias e às comunidades em diferentes locais: institucionais e não institucionais, nas mais diversas regiões do mundo, visando estimular a pesquisa e o ensino, contribuir com decisões nas políticas de saúde e projetar tendências das necessidades dos pacientes³.

O empenho despendido na preparação de sistemas de classificação dos termos da linguagem profissional colabora para promover a autonomia do enfermeiro na avaliação das necessidades humanas, para facilitar a utilização de conhecimentos específicos e realizar estudos sobre a qualidade do cuidado de Enfermagem².

Dentre os diferentes Sistemas de Classificações em Enfermagem e considerando os três mais utilizados no Brasil: NANDA, NIC e NOC, este estudo fundamenta-se, particularmente, na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), por constituir parte do referencial teórico da tese intitulada *“Mapeamento Cruzado das Intervenções de Enfermagem para adultos e idosos hospitalizados, com diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada”*, cujo objeto de estudo são as Intervenções de Enfermagem da NIC.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é abrangente, padronizada, clara, redigida de forma coerente e reflete a linguagem dos enfermeiros na prática. Ela emergiu, em parte, do trabalho realizado pela NANDA e tem a finalidade de nomear e descrever as intervenções executadas na prática clínica em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem (DE). Iniciou-se em 1987, foi publicada, pela primeira vez, no ano de 1992 e continua em desenvolvimento e hoje está na quinta edição. Apresenta uma estrutura taxonômica constituída de sete domínios, 30 classes e 542 intervenções de enfermagem, perfazendo um total de atividades superior a 12.000⁴.

Os sete domínios pertencem ao nível superior, o mais abstrato; as classes estão no segundo nível, e o grupo das intervenções e das atividades de enfermagem, no terceiro nível, o mais concreto. Os domínios classificam-se em: Fisiológico Básico, Fisiológico Complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de Saúde e Comunidade, que são representados por números que vão de 1 a 7. As classes recebem códigos de A a Z e a, b, c, d. As letras minúsculas indicam que as letras do alfabeto maiúsculas terminaram e se continuou com as letras minúsculas. Cada intervenção tem um nome de designação, uma definição e uma lista de atividades que o enfermeiro pode utilizar⁴.

Os critérios de escolha de uma Intervenção de Enfermagem são: resultados esperados, características definidoras dos diagnósticos de enfermagem; praticabilidade para realização da intervenção; assentimento do paciente e capacidade de atuação do enfermeiro.

Embora a NIC tenha iniciado o seu desenvolvimento no ano de 1987, com importância comprovada na utilização do cotidiano da prática do cuidado em enfermagem, observa-se, ainda, o pouco conhecimento por parte dos enfermeiros no que concerne às diferentes intervenções e à sua aplicabilidade e utilização. Essa problemática nos instiga a fazer o seguinte questionamento:

Quais os estudos existentes na literatura científica da Enfermagem que utilizam a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)?

Nessa perspectiva, entende-se que esta investigação, além de compor o referencial da presente tese, poderá contribuir com o ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem, visto que seu objetivo é de analisar, na literatura nacional e na internacional, estudos em que se utiliza a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), um método de pesquisa cuja finalidade é de reunir e sintetizar resultados de estudos sobre delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, visando contribuir para aprofundar o conhecimento sobre o tema investigado⁵.

Para o desenvolvimento da revisão integrativa, cumpriram-se as seguintes etapas⁵: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Na primeira etapa, foi elaborada esta pergunta norteadora definida neste estudo: Quais os estudos existentes na literatura científica de Enfermagem que utilizam a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)?

A etapa subsequente concerne à busca ou amostragem na literatura. O levantamento bibliográfico desta RI foi realizado por meio da internet, através da consulta nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Dados de Enfermagem) e MEDLINE (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*). Foi feita a leitura de todos os títulos e resumos dos artigos publicados no período de 2010 a 2015.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos na íntegra, publicados nos últimos cinco anos e disponíveis eletronicamente nos idiomas português, inglês ou espanhol, através de busca bibliográfica utilizando-se os descritores agrupados indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “Cuidados de Enfermagem” and “Classificação”. Na busca, foram acrescentadas as palavras-chave “Intervenção de Enfermagem” and “Assistência de Enfermagem”. Foram excluídos os com publicações repetidas nas diferentes bases de dados e os que não tinham relação com a temática em estudo.

Na terceira etapa, procedeu-se à coleta dos dados, por meio de um instrumento validado por Ursi para reunir e sintetizar as informações⁶. Para coletar a amostra, no período de janeiro de 2015, foram feitos estes procedimentos: fez-se o cruzamento dos descritores “Classificação” and “Cuidados de Enfermagem”, do qual se obtiveram 4.803 publicações, que se restringiram a 58 artigos, depois de considerar os critérios de inclusão. Quando da associação do descritor “Classificação” com a palavra-chave “Assistência de Enfermagem”, foram identificadas 4.830 produções que, depois de serem submetidas aos critérios de inclusão, restaram 90 artigos. O cruzamento do

descriptor “Classificação” com a palavra-chave “Intervenção de Enfermagem” resultou em 14 artigos que, depois de submetidos aos critérios de inclusão, restringiram-se em dois artigos, portanto totalizando 150 publicações.

Para refinar os estudos encontrados, foi realizada leitura de cada artigo, a partir dos títulos e dos resumos. Desse modo, uma amostra final para análise foi composta de dez produções que abordavam a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). As demais discorriam sobre outros sistemas de classificação.

Na quarta etapa, foram avaliados os estudos incluídos na revisão integrativa. Essa avaliação foi feita por dois pesquisadores independentes. Foram excluídos os artigos que não abordaram especificamente a temática, as notas editoriais e os artigos que não apresentavam descrição do percurso metodológico. Após a leitura e a análise crítica de todos os estudos selecionados, eles foram agrupados nos seguintes eixos temáticos: estudos de validação de intervenções de enfermagem, estudos de mapeamento de intervenções de enfermagem, estudos de identificação de intervenções de enfermagem e estudos de prática clínica.

A quinta e a sexta etapas dizem respeito à interpretação dos resultados e à apresentação da revisão integrativa propriamente dita, respectivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 150 artigos selecionados, 57 (38%) estavam indexados no banco de dados MEDLINE; 54 (36,0%), no LILACS, e 39 (26,0%), no BDENF. Na amostra final, obtiveram-se dez artigos. Desses, cinco (50%) estão indexados na LILACS; quatro (40%), nas bases BDENF e LILACS; e um (10%), na MEDLINE. As pesquisas em que constam esse estudo resultaram de investigações realizadas no Brasil (80%), na Espanha (10%) e na Suíça (10%).

Em relação ao Brasil, país onde predominam os estudos selecionados, as Regiões Sudeste e Nordeste se destacaram das demais, pois apresentaram 50% e 20% dos artigos encontrados, respectivamente, seguidas da Região Centro-oeste, com 10%.

Estudos realizados evidenciam que o maior número de pesquisas científicas na área de saúde é desenvolvido nas Regiões Sul e Sudeste, seguidas das Regiões Nordeste, Centro-oeste e Norte. O fato de a análise da predominância da maioria das

pesquisas produzidas ser realizada no Sul e no Sudeste é atribuído à proporção do número de Instituições de Ensino Superior (IES) nessas regiões.

Os resultados foram organizados considerando-se base de dados, periódico, ano de publicação, autores, títulos (Quadro 1), objetivos, metodologia e resultados (Quadros 02).

Quadro 1 – Distribuição dos artigos quanto à base de dados, aos periódicos, ao ano de publicação, aos autores e aos títulos.

BASE DE DADOS	PERIÓDICO E ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES, TÍTULO
LILACS	Acta Paul. Enfermagem - 2014	- Sánchez-Ayllón F, Oliveira ACS, Morales I, Sá JD, Pérez PE. - <i>Validação de conteúdo da intervenção de enfermagem Controle Ambiental: segurança do trabalhador</i>
LILACS	Rev. Latino - Am. Enfermagem - 2013	- Souza CA, Jericó MC, Perroca MG. - <i>Mapeamento de intervenções/atividades dos enfermeiros em centro quimioterápico: instrumento para avaliação da carga de trabalho</i>
LILACS	Rev. Esc. Enfermagem USP - 2013	- Possari JF, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Lima AFC, Kurcgant P. - <i>Padronização das atividades em centro cirúrgico oncológico segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem</i>
LILACS	Rev. Enfermagem UERJ - 2013	- Nunes DP, Cavalcante AMRZ, Nunes PS, Mota DDCF, Nakatani. - <i>Intervenções de enfermagem para o diagnóstico padrão respiratório ineficaz em idosos</i>
LILACS/BDENF	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online - 2013	- Medeiros SB, Pereira CDFD, Ribeiro JLS, Fernandes LGG, Medeiros PD, Tourinho FSV. - <i>Acidentes causados por phoneutrianigriventer: diagnósticos e intervenções de enfermagem</i>
MEDLINE	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing - 2013	- Frauenfelder F, Müller-Staub M, Needham I, van Achterberg T. - <i>Nursing interventions in inpatient psychiatry</i>
BDENF/LILACS	Online Brazilian Journal of Nursing - 2013	- Neiva CAC, Guimarães KO, Vale IN, Carmona EV. - <i>Opinião de mães de bebês hospitalizados sobre intervenções de enfermagem: estudo descritivo</i>
LILACS/BDENF	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online - 2014.	- Costa TP, Santos CP, Silva RFA. - <i>Correlação entre o algoritmo de cuidados pós-parada cardiorrespiratória e a classificação das intervenções de enfermagem (NIC)</i>
BDENF/LILACS	Rev Rene - 2014.	- Silva TN, Santana RF, Santos GLA, Silva LF, Bastos GM, Garcia TD. - <i>Intervenções de enfermagem no programa de</i>

		gerenciamento de crônicos: mapeamento cruzado
LILACS	RevEsc Enfermagem USP - 2013	- Curso NAA Soares AP, D'Almeida PCR Albuquerque MGF. - <i>Sistematização da assistência de enfermagem para acompanhamento ambulatorial de pacientes com esclerose múltipla</i>

Fonte: Pesquisa bibliográfica - João Pessoa (2016)

Em relação aos periódicos, o estudo mostrou que 20% dos artigos foram publicados na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), e outros 20%, na Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. Os demais artigos encontrados foram publicados nos seguintes periódicos: Acta Paulista de Enfermagem, Revista Latino-americana de Enfermagem, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ), Online *Brazilian Journal of Nursing*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, cada um com 10% dos artigos. No que se refere ao ano de publicação, 70% dos artigos selecionados foram publicados em 2013, e 30%, em 2014. Embora a busca bibliográfica tenha estabelecido um recorte temporal compreendido entre 2010 e 2015, considerando os descritores e as palavras-chave selecionados para esta investigação, não foram identificadas publicações correspondentes aos anos de 2010 a 2012 nem de 2015.

Outros resultados deste estudo foram catalogados pela pesquisadora, apesar de não estarem no quadro 1. Assim, no que se refere aos autores, em todos os artigos publicados, um ou mais são pesquisadores docentes de universidades públicas. No entanto, observou-se, também, a participação de enfermeiros de serviços e de estudantes de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado e Doutorado), como autores e coautores dos artigos.

No tocante ao delineamento metodológico dos estudos, 70% foram originais - um de estudo de caso - 20%, revisão de literatura; 10%, relato de experiência; 30%, abordagem quantitativa; 40%, de mapeamento cruzado, e os demais foram classificados como exploratório descritivo, retrospectivo observacional, transversal, triangulação de dados e descritivo transversal, cada um com 10% dos artigos.

Quanto ao contexto em que se realizaram, o ambiente hospitalar teve destaque, porquanto concentrou 50% dos estudos, dos quais, 20% foram desenvolvidos nos serviços de pediatria e neonatologia; 10%, no serviço de quimioterapia; 10%, no centro interdisciplinar de atendimento aos portadores de esclerose múltipla (EM); e 10%, em uma unidade de clínica médica. Os 30% restantes foram realizados em serviços específicos. Foram eles: serviço de prevenção de riscos laborais, programa de gerenciamento de crônicos e Instituto do Câncer.

Dos 10 artigos selecionados e analisados, 30% se referem à validação de conteúdo de intervenções/atividades de Enfermagem; 20% comparam os registros dos enfermeiros com o que é apresentado na *Nursing Interventions Classification* (NIC); 60% descrevem a identificação de intervenções/atividades a partir das ações descritas por enfermeiros; 10% abordam as intervenções/atividades de enfermagem, descritas por mães de recém-nascidos (RN) hospitalizados e posterior comparação com as apresentadas na NIC; e 10% relatam a experiência da aplicação da SAE utilizando a NANDA, a NIC e a NOC, evidenciando os resultados obtidos.

Quadro 2 – Caracterização dos artigos quanto aos objetivos dos estudos selecionados, à metodologia utilizada e aos resultados alcançados

ARTIGO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	MÉTODOS	RESULTADOS
01	Validar o conteúdo da Intervenção de Enfermagem Controle Ambiental: Segurança do trabalhador na Espanha.	Estudos de validação de Intervenções de Enfermagem	Estudo exploratório e descritivo, utilizando o método Fehring associado ao método Delphi, com 11 enfermeiros do trabalho.	A intervenção “Controle ambiental: segurança do trabalhador” foi considerada válida para a saúde laboral, com a necessidade da sua aplicabilidade prática, utilizando um sistema de classificação próprio da Enfermagem na saúde laboral, com a implementação do Processo de Enfermagem.
02	Identificar as intervenções/atividades desenvolvidas por enfermeiros em um centro quimioterápico,	Estudos de validação de Intervenções de Enfermagem	Utilizou-se triangulação de dados, através da combinação de três fontes de informações:	A realização deste estudo permitiu o mapeamento e a validação de 35 intervenções e 48 atividades

	utilizando linguagem padronizada e validar seu conteúdo.		entrevista, análise de documentos e questionário. Submeteu-se à validação de conteúdo através de reuniões com os participantes.	organizadas em cinco domínios e 11 classes, por enfermeiros de centro quimioterápico, durante o processo assistencial.
03	Identificar, em um centro cirúrgico especializado em oncologia, as atividades de enfermagem realizadas no período transoperatório, classificar e validar as atividades em intervenções, segundo a NIC.	Estudos de validação de intervenções de enfermagem / estudos de mapeamento de intervenções de enfermagem	Estudo de caso, com levantamento das atividades, foi realizado por meio dos registros e da observação direta da assistência de enfermagem nos turnos de trabalho. As atividades foram mapeadas com a NIC.	O elenco de intervenções foi validado por profissionais de Enfermagem, em oficinas de trabalho. Identificaram-se 49 intervenções: 34 de cuidados diretos e 15 de cuidados indiretos.
04	Identificar os cuidados relatados pela equipe de Enfermagem sobre o diagnóstico Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga em idosos e mapear as intervenções.	Estudos de mapeamento de intervenções de enfermagem	Estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa, com mapeamento de intervenções realizado em um hospital universitário.	Os dados revelaram 125 atividades de enfermagem que convergiram para 16 intervenções propostas pela NIC. As intervenções reportadas em maior proporção foram: posicionamento, oxigenoterapia e controle de energia. As duas primeiras foram intervenções adicionais optativas, e a última, uma intervenção sugerida.
05	Identificar os principais rótulos diagnósticos de Enfermagem e suas respectivas intervenções de Enfermagem,	Estudo de identificação de Intervenções de Enfermagem	Revisão integrativa da literatura, no qual os rótulos Diagnósticos e Intervenção de Enfermagem	A realização desse estudo permitiu identificar 11 intervenções e 31 atividades para acidentes causados

	através das principais manifestações clínicas apresentadas pelos indivíduos intoxicados pelo veneno da aranha <i>Phoneutria nigriventer</i> encontradas na literatura.		foram elaborados com base na NANDA e NIC.	por <i>Phoneutria nigriventer</i> .
06	Identificar as intervenções de enfermagem mencionadas em artigos sobre cuidados de enfermagem durante a internação psiquiátrica e compará-los com os rótulos, as definições e as atividades descritas na NIC.	Estudo de identificação de Intervenções de Enfermagem	Revisão sistemática para identificar intervenções de enfermagem nos artigos.	Cerca de 84% dos termos e definições encontrados nos artigos estão englobados na NIC.
07	Investigar quais intervenções de Enfermagem foram reconhecidas por mães de bebês hospitalizados como favorecedoras do desempenho do papel materno.	Estudo de identificação de Intervenções de Enfermagem	Estudo transversal sobre atividades presentes na NIC, realizado em hospital público de ensino. Em entrevista as mães avaliaram um total de 14 atividades de Enfermagem propostas para o diagnóstico “Conflito no desempenho do papel de mãe”.	Das 14 atividades de Enfermagem extraídas da NIC e apresentadas às mães, neste estudo, 11 foram apontadas como favorecedoras do desempenho do papel materno. Esse estudo denota a importância de atividades propostas na NIC e que podem ser implementadas nas unidades neonatais.
08	Correlacionar o algoritmo de cuidados pós-PCR publicados na diretriz da American Heart Association à Nursing	Estudos de mapeamento de Intervenções de Enfermagem	Estudo narrativo de revisão de literatura, que utilizou como fonte de coleta de dados as referências	A realização desse estudo permitiu identificar sete intervenções e 58 atividades que estão correlacionadas com o algoritmo de

	Interventions Classification (NIC).		citadas antes e foi realizada em julho de 2012.	cuidados pós-parada cardiorrespiratória.
09	Analisar as intervenções de Enfermagem no prontuário de idosos assistidos no Programa de Gerenciamento de Crônicos e compará-las com a NIC.	Estudos de mapeamento de Intervenções de Enfermagem	Estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo, observacional, em que foi utilizada proposta metodológica do mapeamento cruzado.	O estudo verificou que as intervenções e as atividades não estiveram pautadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem. A partir dos dados, considerou-se viável a adequação a uma linguagem padronizada para contribuir para atuação na prática clínica.
10	Descrever a experiência vivenciada por enfermeiros na implementação da SAE em um centro interdisciplinar de atendimento a pessoas portadoras de esclerose múltipla.	Estudos de prática clínica	Relato de experiência dos enfermeiros na estruturação e implementação da SAE para acompanhamento ambulatorial de Enfermagem a pacientes com esclerose múltipla.	Descreve a construção de um instrumento que contemplou as intervenções da NIC mais utilizadas para pacientes com esclerose múltipla.

Fonte: Pesquisa bibliográfica - João Pessoa, 2016.

Depois de caracterizar os estudos selecionados, delimitaram-se quatro áreas temáticas (AT): validação, mapeamento, identificação e prática clínica sobre as quais se discorre a seguir.

AT1 – ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Dos dez estudos selecionados, três abordaram a validação de conteúdo, dois dos quais tratavam da identificação de intervenções e validação de conteúdo. A Intervenção de Enfermagem “Controle ambiental: segurança do trabalhador” foi considerada válida para a saúde laboral. A ela foram acrescentadas e validadas 15 atividades. Os especialistas perceberam que seria preciso aplicá-la na prática, a partir

de um Sistema de Classificação próprio da Enfermagem na saúde laboral, e implementar o Processo de Enfermagem⁸. Estudos como esses são de extrema importância, visto que a utilização de uma linguagem padronizada contribui para implementar o Processo de Enfermagem e, conseqüentemente, para a produção do cuidado embasado cientificamente.

Ainda sobre validação de conteúdo, foram identificadas, classificadas e validadas 266 atividades, mapeadas em 49 intervenções de Enfermagem, que abrangeram (34 cuidados diretos e 15 cuidados indiretos) os sete domínios e 20 classes da NIC, para serem desenvolvidas por profissionais de Enfermagem no Centro Cirúrgico Oncológico no período transoperatório⁹. O estudo que trabalhou com enfermeiros, durante o processo assistencial, no centro quimioterápico, permitiu o mapeamento e a validação de 35 intervenções e 48 atividades organizadas em cinco domínios e 11 classes. A validação foi feita por enfermeiros de unidades ambulatoriais de quimioterapia (três particulares e uma pública) da grande São Paulo¹¹. Os modelos teóricos e as taxonomias pressupõem o uso de linguagem padronizada dos elementos da prática de enfermagem e requerem estudos de validação¹⁰. Nessa perspectiva, permitem tornar mais verdadeiros os resultados obtidos.

Os estudos de validação são utilizados para aprofundar o conhecimento dos elementos que compõem o PE e para validar o conteúdo proposto pelos sistemas de classificação de enfermagem¹⁰. Isso possibilita aos profissionais e aos estudantes de Enfermagem diagnósticos, intervenções e resultados com base na realidade do cotidiano da prática assistencial, de modo a facilitar a identificação do Diagnóstico de Enfermagem e a escolha da intervenção mais adequada e individualizada.

AT2 – ESTUDOS DE MAPEAMENTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para a área temática 2, foram identificados cinco artigos que utilizaram o mapeamento cruzado. Desses, um mapeou e validou as intervenções e as atividades do enfermeiro em um centro quimioterápico, com a finalidade de instrumentalizar a determinação do tempo consumido, possibilitar a mensuração de sua carga de trabalho, definir o papel do profissional, redesenhar o processo de trabalho e otimizar a produtividade. As intervenções e as atividades mapeadas foram organizadas em cinco domínios (fisiológico básico e fisiológico complexo, comportamental, segurança

e sistema de saúde) e 11 classes. Este estudo partiu da identificação para mapear e validar intervenções de enfermagem.

Outro estudo fez o mapeamento, comparando as atividades de enfermagem registradas em prontuários de pacientes admitidos em um centro cirúrgico oncológico, a assistência de enfermagem observada nos turnos de trabalho, com as atividades presentes na NIC. O elenco de intervenções foi validado por profissionais de Enfermagem em oficinas de trabalho. Identificaram-se 49 intervenções: 34, de cuidados diretos, e 15, de cuidados indiretos.

Em relação ao mapeamento das Intervenções de Enfermagem dos prontuários de idosos assistidos no programa de gerenciamento de crônicos com as da NIC, identificaram-se 19 intervenções de Enfermagem mapeadas e distribuídas nos Domínios Fisiológico: Básico; Fisiológico: Complexo; Comportamental e Segurança. As intervenções mapeadas não estavam pautadas em um sistema formal de linguagem. A pesquisa é considerada importante, porque visa adequar uma linguagem padronizada para ser empregada na prática clínica¹².

Quando foi analisado e correlacionado o algoritmo de cuidados pós-parada cardiorrespiratória da *American Heart Association* (AHA) ao sistema de classificação sugerido pela *Nursing Interventions Classification* (NIC), foi possível sugerir intervenções e atividades de enfermagem fundamentadas na NIC, para cada etapa do algoritmo de cuidados, com o objetivo de otimizar a assistência de Enfermagem prestada ao cliente e garantir o retorno à circulação espontânea¹³.

O quinto artigo visou identificar os cuidados relatados pela equipe de enfermagem sobre o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, relacionado à fadiga em idosos, e mapear as intervenções de Enfermagem da NIC. Dessa forma, foi possível mapear 125 atividades de enfermagem que convergiram para 16 intervenções propostas pela NIC para o referido diagnóstico¹⁴.

Quanto ao mapeamento, é um processo por meio do qual se explica ou expressa algo através do uso de palavras com significado igual ou semelhante e se comparam dados, com o intuito de identificar semelhança e validar o objeto de estudo, em diferentes contextos. Por meio dessa técnica, é possível fazer estudos que ratifiquem que os dados de Enfermagem podem ser mapeados com as Classificações de Enfermagem e adaptados para a linguagem padronizada. Há que se ressaltar que o desenvolvimento de trabalhos que utilizam o mapeamento ferramenta pode ser de

grande valia para implantar o uso dos Sistemas de Classificação de Enfermagem em lugares onde ainda não são utilizados¹⁵.

AT3 – ESTUDOS DE IDENTIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Concernente à terceira área temática, foram encontrados seis artigos. Um deles tinha o objetivo de identificar e validar intervenções; outro, de identificar, validar e mapear; e o terceiro, de identificar e mapear. Os demais abordaram a identificação das intervenções.

Dos artigos que abordaram apenas identificação de intervenções, um evidenciou 14 atividades de enfermagem que foram extraídas da NIC, relacionadas ao diagnóstico “Conflito no desempenho de papel de mãe” e apresentadas às mães de recém-nascidos hospitalizados, com a intenção de que elas colaborassem no sentido de apontar as que favorecem o desempenho do papel materno. Das 14 atividades apresentadas, as mães identificaram 11¹⁶.

Outro artigo procurou identificar, na literatura, os principais rótulos diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções de enfermagem, através das principais manifestações clínicas apresentadas pelos indivíduos intoxicados pelo veneno da aranha *phoneutria nigriventer*. Os achados evidenciaram oito rótulos diagnósticos e suas respectivas intervenções de enfermagem¹⁷.

Outro estudo procurou identificar, na literatura, cuidados de enfermagem para pacientes psiquiátricos internados e compará-los com os rótulos, as definições e as atividades descritas na *Nursing Interventions Classification* (NIC). Os resultados indicaram que cerca de 84% das Atividades/Intervenções (termos e definições) estão englobadas nas intervenções listadas pelo NIC¹⁸.

Os estudos que buscam identificar as intervenções da NIC subsidiam o enfermeiro a prestar uma assistência holística, que estimule a autonomia e melhore a qualidade de vida do indivíduo¹⁹. A padronização das linguagens em Enfermagem exerce um papel essencial para definir os fenômenos e as ações da profissão e descreve as contribuições da Enfermagem no cenário do cuidado voltado para a saúde, para permitir uma comunicação clara, precisa e objetiva na equipe de Enfermagem. Acredita-se que a utilização da padronização contribui para disseminar a prática, os conceitos e os cuidados de enfermagem, proporciona aos enfermeiros

uma linguagem específica da área, estimula o desenvolvimento de pesquisas futuras e influencia a formação em Enfermagem e nas políticas de saúde. Como resultados, haverá melhorias na assistência, uma vez que o diagnóstico de enfermagem retrata as reais necessidades dos pacientes e, depois de ser identificado, o enfermeiro terá subsídios para, por meio das intervenções de enfermagem, identificar as ações adequadas à assistência²⁰.

AT4 – ESTUDOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Foi elencado um estudo que versou sobre a utilização da classificação de Enfermagem na prática clínica, em que foi relatada a experiência de enfermeiros no acompanhamento ambulatorial em um centro interdisciplinar de atendimento a pacientes com esclerose múltipla (EM), utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem a partir da NANDA, da NIC e da NOC. Concluiu-se que a aplicação efetiva do Processo de Enfermagem nos pacientes ambulatoriais com EM permite diagnosticar as necessidades do paciente, planejar e executar as intervenções de Enfermagem adequadas para cada diagnóstico e avaliar os resultados, na perspectiva de melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem e oferecer um cuidado humanizado e individualizado²¹.

Os resultados demonstraram que a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) ainda está sendo utilizada em nível de validação e/ou comparação entre a prescrição e o registro de enfermagem com o que está descrito na classificação. Porém, apesar de se reconhecer que a aplicabilidade das classificações é necessária, ainda é muito insipiente sua utilização na prática clínica. Diante do exposto, reconhece-se que a utilização dos Sistemas de Classificações de Enfermagem (NANDA, NIC e NOC) assegura a qualidade na assistência de enfermagem, ao mesmo tempo em que otimiza e organiza o trabalho da equipe.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem faz a ligação da teoria com a prática de maneira científica, como ferramenta metodológica que fundamenta a assistência de enfermagem²². O enfermeiro desempenha um importante papel na construção e utilização de todas as etapas do PE, porquanto ele é o responsável por prover os cuidados com o usuário e assegurar que esse cuidado seja contínuo²³. Todas as etapas do Processo de Enfermagem requerem conhecimento científico

prévio e aprofundamento das necessidades de cada usuário, com intervenções que favoreçam o cuidado e promovam uma recuperação de boa qualidade.

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa acerca da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) envolveu a análise de dez artigos, cujos temas abordados foram: validação de conteúdo, mapeamento, identificação de intervenções de enfermagem e prática clínica. Os Sistemas de Classificação de Enfermagem mais relatados foram NANDA-I, NIC e NOC ou combinações desses sistemas. Nos artigos estudados, ao analisar os domínios das intervenções NIC mapeadas, verificou-se que a maioria das intervenções pertence ao Domínio Fisiológico, que pode ser básico ou complexo. Assim, nota-se que a Enfermagem tende a direcionar sua atuação e pesquisa nessa área para cuidados da dimensão fisiológica. Nesse sentido, entende-se que este trabalho atendeu ao seu objetivo, porquanto analisou estudos fidedignos e atuais sobre a temática, que deixaram claro como a Classificação das Intervenções de Enfermagem está sendo desenvolvida e utilizada nas diversas regiões do Brasil e em outros países.

Como constatado nos estudos, o Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem é pouco utilizado na prática assistencial, embora os enfermeiros prescrevam as intervenções em consonância com a NIC. Esse fato indica que é preciso fazer mais investigações a respeito da temática, com o objetivo de aprofundar e disseminar o conhecimento sobre os sistemas de Classificação, minimizando dúvidas e reforçando sua utilização na prática assistencial, com a finalidade de oferecer uma assistência individualizada. Contudo, é necessário desenvolver mais estudos que envolvam outros países, uma vez que 80% das publicações selecionadas nesta pesquisa foram oriundas do Brasil, e aprofundar o estudo das intervenções de enfermagem no que diz respeito a sua aplicação prática, para que os profissionais da área de Enfermagem possam utilizar a NIC de maneira mais coerente com sua realidade, na perspectiva de diminuir os equívocos e os erros na assistência.

Esta pesquisa nos levou a refletir que é de extrema importância fortalecer o ensino do PE na graduação, para que o profissional possa implementar com segurança o PE em sua prática assistencial, utilizando os Sistemas de Classificações

NANDA - I, NIC e NOC, com a finalidade de solucionar as necessidades dos pacientes por prioridades, otimizar o tempo que prestam os cuidados e garantir uma assistência de boa qualidade. Outrossim, defende-se uma prática assistencial sistematizada e embasada no Processo de Enfermagem e na classificação da prática de enfermagem, como forma de melhor direcionar o trabalho do enfermeiro e contribuir para efetivar o cuidado.

REFERÊNCIAS

- 1- Toledo VP, Ramos NA, Wopereis F. Processo de Enfermagem para pacientes com anorexia nervosa. Rev Bras Enferm, Brasília. 2011; 64(1): 193-7.
- 2- Nóbrega MML, Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. Rev Bras Enferm. Brasília. 2009; 62(5).
- 3- Cruz DALM. Processo de Enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed. 2008, 368p.
- 4- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 5- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008; 17(4): 758-64.
- 6- Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- 7- Santos A, Bastos LLAG, Aleixo AA, Paulo TRS, Mendes EL. Distribuição, evolução e produção científica dos grupos de pesquisa em atividade física e saúde do Brasil. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. Pelotas/RS. 2012; 17(4):258-262.
- 8- Sánchez-Ayllón F, Oliveira ACS, Morales I, Sá JD, Pérez PE. Validação de conteúdo da intervenção de enfermagem controle ambiental: segurança do trabalhador. Rev Acta Paul. Enfermagem, 2014.

- 9- Possari JF, Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Lima AFC, Kurcgant P. Padronização das atividades em centro cirúrgico oncológico segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013 June [acesso em 03 Ago 2016]; 47(3): 600-6. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300600&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300011>>.
- 10- Bavaresco T, Lucena AF. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 [cited 2016; 20(6):1109-1116. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000600013&lng=en>.
- 11- Souza CA, Jericó MC, Perroca MG. Mapeamento de intervenções/atividades dos enfermeiros em centro quimioterápico: instrumento para avaliação da carga de trabalho. Revista Latino - Am. Enfermagem, 2013.
- 12- Silva TN, Santana RF, Santos GLA, Silva LF, Bastos GM, Garcia TD. Intervenções de Enfermagem no programa de gerenciamento de crônicos: mapeamento cruzado. Revista Rene, 2014.
- 13- Costa TP, Santos CP, Silva RFA. Correlação entre o algoritmo de cuidados pós-parada cardiopulmonar e a classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Revista de Pesquisa Cuidada é Fundamental. 2014.
- 14- Nunes DP, Cavalcante AMRZ, Nunes PS, Mota DDCF, Nakatani AYK. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico padrão respiratório ineficaz em idosos. 2013.
- 15- Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em Enfermagem. Acta Paul Enferm. 18(1):82-8, 2005.
- 16- Neiva CAC, Guimarães KO, Vale IN, Carmona EV. Opinião de mães de bebês hospitalizados sobre intervenções de enfermagem: estudo descritivo. Brazilian Journal of Nursing, 2013.

17- Medeiros SB, Pereira CDFC, Ribeiro JLS, Fernandes LG, Medeiros PD, Tourinho FSV. Accidents caused by Phoneutri Nigriventer: Diagnosis and Nursing Interventions. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online*, 2013.

18- Frauenfelder F, Muller-Staub M, Needham I, Achterberg TV. Nursing Interventions in Inpatient Psychiatry. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 2013; 20(10), 921-31.

19- Azevedo C et.al. Classificação de Intervenções de Enfermagem para planejamento de alta médica a pacientes com estomias intestinais. *J Nurs UFPE online [Internet]*. 2016.

20- Nascimento DM, Nóbrega MML, Carvalho MWA, Norat EM. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2011;13(2):165-73.

21- Corso NAA, Gondim APS, D'Almeida PCR, Albuquerque MGF. Sistematização da Assistência de Enfermagem para acompanhamento ambulatorial de pacientes com esclerose múltipla. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(3):750-5.

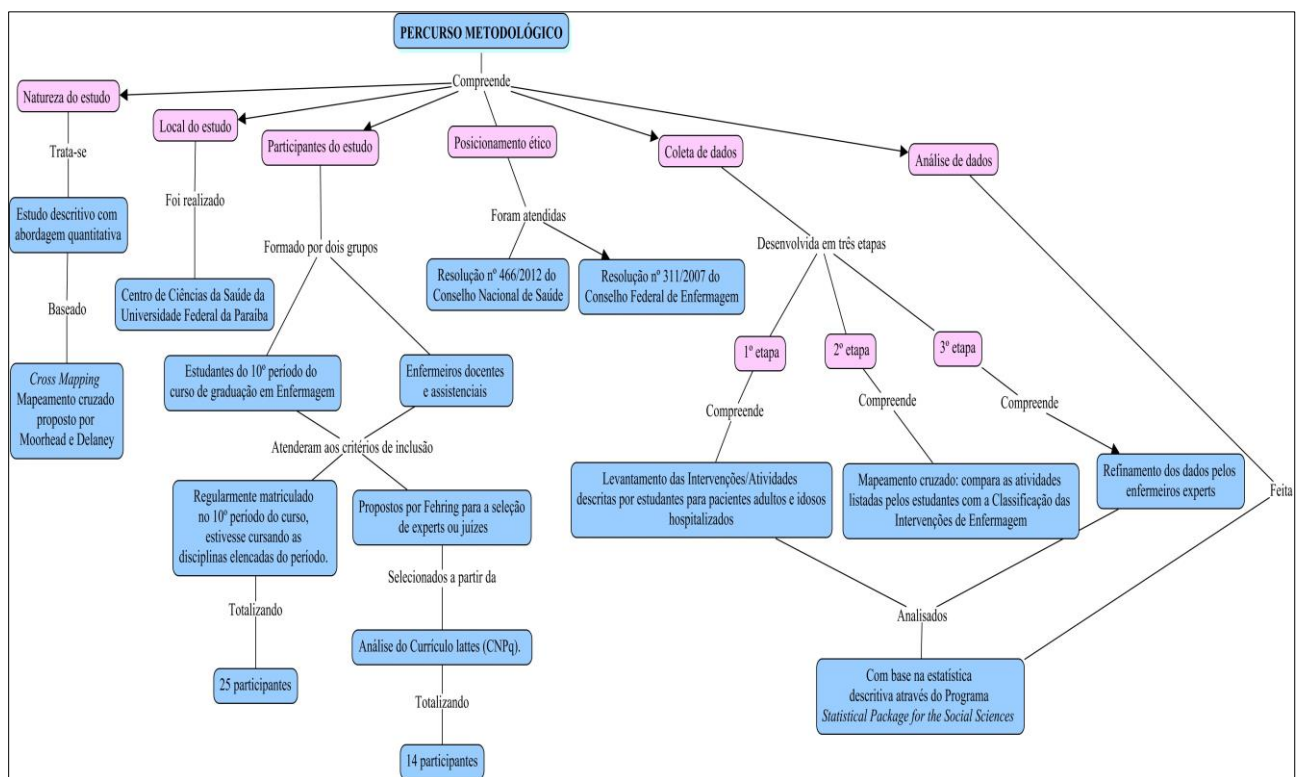
22- Salvador PTCO, Alves KYA, Ribeiro JLS, Martins CCF, Santos VEP, Tourinho FSV. Sistematização da assistência de enfermagem como instrumento de empoderamento: Revisão Integrativa. *Rev Enferm UFPE on line [Internet]*. 2015;9(5):7947-56. Disponível em:
<www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6155/12255+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.

23- Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes NG, Araújo TL, Lopes MVO, Damasceno MMC, Lima FET. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6):1495-1500. Available from:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a31.pdf>>.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Apresenta-se, a seguir, o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa, o qual compreende: natureza do estudo, local de realização, participantes, posicionamentos éticos, coleta (feita em três etapas) e análise dos dados, conforme a figura 1.

Figura 1 – Percurso metodológico do estudo



Fonte: Fonte própria, João Pessoa (2016)

4.1. NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. No que diz respeito às características, as pesquisas descritivas visam obter informações da própria realidade de determinada população ou fenômeno e descobrir a relação entre as variáveis²². Esse tipo de estudo busca observar, descrever e documentar

determinada realidade, coletando uma grande quantidade de informações sobre um problema específico²³

No que concerne à pesquisa quantitativa, é utilizada quando visa identificar quantitativamente o nível de conhecimento, opiniões, impressões, hábitos, comportamentos e o alcance do tema sob a perspectiva do universo pesquisado sobre um produto, serviço, comunicação ou instituição²⁴.

O processo metodológico utilizado teve como base o *cross mapping*, traduzido como mapeamento cruzado, empregado por Moorhead e Delaney, para comparar dados de enfermagem não padronizados com a linguagem padronizada (NIC). Esse método é considerado um processo para explicar ou expressar algo, através do uso de palavras com significado igual ou semelhante²⁵.

Nesse sentido, o mapeamento cruzado é

[...] uma ferramenta utilizada nas pesquisas da enfermagem sobre linguagens padronizadas, que permite realizar comparações entre termos de forma sistematizada e passível de validação, incluindo a comparação entre as linguagens padronizadas com não padronizadas e entre linguagens padronizadas ou não padronizadas entre si [...] ²⁶.

Através do mapeamento cruzado, podem-se realizar estudos que demonstrem que os dados de enfermagem existentes em diferentes locais podem ser mapeados nas Classificações de Enfermagem e adaptados para a linguagem padronizada²⁷.

Por se tratar de um mapeamento cruzado, foi necessário estruturar o estudo em três etapas, elencadas anteriormente, cada uma delas desenvolvida mediante instrumentos específicos, que serão descritos de acordo com as citadas etapas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba - CAMPUS I - localizada no Bairro de Castelo Branco, na cidade de João Pessoa – Paraíba, com discentes do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

O Curso de Enfermagem, na Paraíba, teve início com a Escola de Auxiliar de Enfermagem, fundada por meio da Lei Estadual de nº 875, de 21 de janeiro de 1953, destinada à formação de pessoas para o serviço de enfermagem, devido à necessidade de atender aos problemas sanitários que afligiam a população nordestina naquela época. Em 10 de julho de 1954, com a sanção da Lei Estadual nº 1.064, foi criada a Escola de Enfermagem de alto padrão, que oferecia também o Curso de Graduação, autorizada pela Portaria nº 365, de 1958, que permitiu à Escola realizar a primeira seleção. Sua estrutura curricular foi composta de 58 disciplinas, ministradas em sistema seriado, com duração de quatro anos²⁸.

Com a federalização da universidade em 1960, a Escola de Enfermagem foi vinculada à Faculdade de Medicina. A partir da Reforma Cêntrica, no âmbito da Universidade Federal da Paraíba, em 1973, por meio da Resolução nº 12/73 do Conselho Superior Universitário – (CONSUNI), foram criados seis centros, que agrupavam coordenações e departamentos, entre eles, o CCS, e a Escola de Enfermagem da Paraíba foi incorporada ao Centro e transformada em curso. Em seguida, foram criados o Departamento de Enfermagem e a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem^{19,28}.

Em 1989, o Departamento de Enfermagem foi dividido em duas unidades administrativas: o Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria (DESPP) e o Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico e de Administração (DEMCA). No ano de 2010, o DEMCA passou a ser chamado de Departamento de Enfermagem Clínica – (DENC), e em 2016, o Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria passou a ser chamado de Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (DESC).

No Curso de Graduação em Enfermagem, desde sua criação até o ano de 2016, foram implementados vários modelos de currículos. O primeiro, em 1958, depois, em 1962, 1968, 1974, 1977, 1980, 1996 e o vigente, desde 2008, que, além do Bacharelado oferece Licenciatura em Enfermagem. Este último está em processo de avaliação para novas mudanças. Todos esses currículos estiveram em consonância com as mudanças do processo de formação, com os Parâmetros e as Diretrizes Curriculares Nacionais para as Graduações em Saúde e Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, especialmente no que concerne à busca pela melhora da qualidade acadêmico-pedagógica e

administrativa do curso, bem como ao atendimento aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Projeto Pedagógico do Curso vigente tem uma carga horária total de 4.890 horas, em sistema de créditos, com integralização mínima de cinco anos (dez períodos) e máxima, de sete anos e meio (quinze períodos). O curso oferece 100 vagas por ano, distribuídas em duas entradas semestrais, e funciona nos turnos da manhã e da tarde, com alguns componentes referentes à Licenciatura ofertados no turno da noite. Por meio de seus componentes curriculares, são abordados, a partir do 3º período, conteúdos da metodologia da assistência de enfermagem, incluindo o PE e as Taxonomias. Tais conteúdos são aplicados nas aulas práticas, ao longo do curso e na disciplina Estágio Supervisionado, cadeira obrigatória do 10º período letivo.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 25 estudantes do 10º período do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, matriculados no período 2014.2.

Para ser incluído, o estudante deveria ser matriculado regularmente no 10º período do curso, durante a coleta dos dados, e estar cursando as disciplinas elencadas do período (Trabalho de Conclusão de Curso II, Estágio Supervisionado em Prática de Educação em Saúde III e Estágio Supervisionado em Assistência Hospitalar). Foram excluídos da amostra os discentes que estavam em intercâmbio nacional e internacional.

Embora se saiba que o planejamento das intervenções de enfermagem é realizado por enfermeiros, a seleção de graduandos do último período do curso, como participantes deste estudo, se justifica por se reconhecer que, no término de sua formação profissional, eles detêm conhecimentos teóricos e práticos sobre o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com embasamento científico, o que lhes confere capacidade, discernimento e competência técnica, associada à prática assistencial vivenciada, para descreverem intervenções de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada.

Também contribuíram com o estudo 14 enfermeiros docentes e assistenciais, especialistas em Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, selecionados para este estudo.

Para selecionar os “*experts* ou especialistas” que colaboraram com o estudo, consideraram-se os critérios propostos por Fehring³⁰, no que se refere à validação de conteúdo de Diagnóstico de Enfermagem utilizado por outros pesquisadores em estudos sobre validação de Intervenções de Enfermagem, para gerar escores de Validade de Conteúdo de Intervenção (VCI)³⁴. Tais critérios foram adaptados pela pesquisadora, considerando os aspectos relevantes relacionados ao objeto de investigação desta tese (dissertação, tese e publicações científicas que versam sobre diagnósticos e intervenções de Enfermagem).

A partir desses critérios, foram selecionados 32 enfermeiros docentes e assistenciais, especialistas em Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, oriundos de diferentes estados do Brasil, dos quais, 14 fizeram o refinamento das intervenções/atividades de Enfermagem com base no mapeamento cruzado. Os critérios adotados para a seleção dos enfermeiros especialistas estão descritos no quadro a seguir:

Quadro 1 – Critérios do sistema de pontuação proposto para seleção de especialistas

CRITÉRIOS	PONTOS
Mestre em Enfermagem	4
Mestre em Enfermagem - dissertação com conteúdo relevante sobre diagnóstico e intervenção de enfermagem	1
Orientação de pesquisa na área de diagnósticos e intervenção de enfermagem	2
Doutor em Enfermagem	2
Doutorado em Enfermagem - tese com conteúdo relevante sobre diagnóstico e intervenção de enfermagem	1
Artigo publicado na área de diagnósticos e intervenção de enfermagem, em periódicos de referência	2
Prática clínica de, pelo menos, um ano de experiência profissional como enfermeiro assistencial em hospitais que utilizem o Processo de Enfermagem.	1
Certificado (Especialização) na área de Sistematização da Assistência de Enfermagem.	2
PONTUAÇÃO	15

Fonte: Fehring (1994), adaptado pela pesquisadora - João Pessoa (2016)

4.4 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

O estudo respeitou o que preceitua a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)²⁹. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da UFPB, sob o número 1.044.701, conforme ANEXO I, e avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa do DENC e pelo Grupo de Pesquisa ao qual o estudo estava vinculado – GEPEFE - atendendo ao que determina o Capítulo III, Art. de 86 a 102 da Resolução COFEN 311/2007, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Foram solicitadas da Coordenação do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem a autorização, por escrito (APENDICE A), para a realização da pesquisa com os estudantes do 10º período e as informações sobre as disciplinas que eles estavam cursando, os horários e os professores responsáveis.

O estudo também foi composto de enfermeiros *experts*, que foram convidados e orientados sobre a importância de sua colaboração. A participação dos discentes e dos enfermeiros especialistas foi voluntária. Os sujeitos do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C e F) em duas vias - uma foi assinada e devolvida para a pesquisadora.

É oportuno registrar que a pesquisadora não estava ministrando disciplina para os discentes selecionados para compor a amostra do estudo, razão por que não houve conflito de interesse entre as partes. Todos os participantes da pesquisa foram informados de que estariam garantidos quanto ao anonimato por ocasião da elaboração do relatório final e que teriam o direito de desistir da participação, caso assim decidissem, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo. O estudo respeitou a Resolução 466/2012 do CNS não ofereceu riscos aparentes à saúde dos participantes.

4.5 COLETA DE DADOS: ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

4.5.1. Primeira etapa do estudo - Levantamento das intervenções/atividades de enfermagem

A primeira etapa do estudo foi constituída pelo levantamento das intervenções/atividades de enfermagem descritas pelos estudantes do 10º período do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem de uma instituição pública de ensino, para adultos e idosos hospitalizados, com o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada.

4.5.1.1 Procedimento de coleta dos dados

Inicialmente, foi feito contato com a Coordenação do Curso para informar sobre a investigação que seria desenvolvida com estudantes do 10º período. Para isso, seria necessária a colaboração deles. Em seguida, solicitou-se, por escrito, a autorização

(APENDICE A) para a realização da pesquisa com os discentes assim como as informações sobre as disciplinas que eles estavam cursando, os horários e os professores responsáveis. Foram agendados o dia e o horário com o professor, que concedeu o espaço a fim de que a pesquisadora fizesse o convite aos estudantes para participarem da pesquisa.

Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2015. Havia 26 estudantes matriculados no 10º período, no semestre 2014.2. Desses, 25 estavam presentes no dia e no horário combinados. A pesquisadora convidou os estudantes para participarem da investigação, explicou as finalidades, orientou sobre o conteúdo do instrumento e o questionamento a ser respondido. Entregou-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - em duas vias (APÊNDICE C) assim como a Carta de Orientação (APÊNDICE B), com informações sobre a pesquisa. Os 25 estudantes aceitaram participar, leram, assinaram e devolveram uma via do TCLE à pesquisadora.

Na sequência, os graduandos do Curso de Enfermagem receberam o instrumento de coleta dos dados (APÊNDICE D). A pesquisadora solicitou que eles fizessem uma leitura sobre as definições do Diagnóstico de Enfermagem de Risco de Integridade da Pele Prejudicada, Intervenções de Enfermagem, Atividades de Enfermagem e Fatores de Risco Externos e Internos para o referido diagnóstico, descritas no instrumento, antes de responderem, e informou que teriam 30 minutos para preencher o instrumento. Informou, ainda, que permaneceria na sala até o final do preenchimento, caso surgissem dúvidas.

Depois de estabelecido o tempo, a pesquisadora recebeu todos os instrumentos respondidos. Ressalta-se que foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do CNS²⁹, que trata de pesquisa em seres humanos.

4.5.1.2 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento de coleta dos dados: discentes de Enfermagem (APÊNDICE D) foi estruturado em duas partes:

- PARTE A: composta pela caracterização dos colaboradores referentes à idade, ao sexo e ao estado civil e um questionamento sobre a experiência acadêmica em relação à identificação do diagnóstico de Enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada.
- PARTE B: descrevia as definições de diagnóstico, intervenção, atividades de enfermagem, conforme apresentado na NIC, e dos fatores de risco¹¹, além desta pergunta a ser respondida pelos colaboradores: Quais as intervenções de enfermagem que você realizou com paciente adulto ou idoso hospitalizado com o Diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada?

4.5.1.3 Análise dos dados

No que se refere à caracterização dos estudantes, foi organizada em planilha do *Microsoft Excel*®, disposta em gráficos e apresentadas em números inteiros e percentuais, considerando-se os objetivos relacionados a essa etapa. Quanto à caracterização, sua idade variou entre 21 e 35 anos, com idade média de vinte e três anos. Sobre o estado civil, 19 (76%) são solteiros; cinco (20%), casados; e um divorciado (4%). Em relação à experiência acadêmica, 24 (95%) identificaram, ao longo de sua formação, pacientes com o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada.

A análise referente à PARTE B do instrumento foi feita por meio da identificação dos estudantes em códigos alfanuméricos (C1, ..., C25). Depois de da classificação, procedeu-se à transcrição das respostas na íntegra. O número de Intervenções/Atividades elencadas por cada estudante variou entre três e nove, somando um total de 151. Depois de feita a leitura minuciosa das Intervenções/Atividades elencadas, foram identificadas as repetições e as frases sem sentido e eliminadas, totalizando 135 Intervenções/Atividades. Em seguida, passou-se ao mapeamento consoante com as Intervenções/Atividades de enfermagem propostas pela NIC¹³.

4.5.2 Segunda etapa: mapeamento cruzado

Na segunda etapa, foram agrupadas por similaridade as intervenções/atividades de enfermagem elencadas pelos discentes para o diagnóstico em estudo e comparadas com a linguagem padronizada da Classificação das Intervenções de Enfermagem propostas pela NIC¹³, com o objetivo de proceder ao mapeamento cruzado.

Moorhead e Delaney²⁵ estabelecem para o mapeamento as seguintes etapas: mapear usando o contexto do Diagnóstico de Enfermagem; mapear o "significado" das palavras, não apenas as palavras; usar a "palavra-chave" na intervenção, para mapear a intervenção NIC; usar os verbos como "palavras-chave" na intervenção; mapear a intervenção partindo do rótulo da intervenção NIC para a atividade; manter a consistência entre a intervenção mapeada e a definição da intervenção NIC; usar o rótulo da intervenção NIC mais específico; mapear o verbo "investigar" para as atividades "monitorar" da intervenção NIC; mapear o verbo "traçar gráfico" para a atividade "registro"; mapear o verbo "ensinar" para intervenção e atividade de ensino quando o enfoque principal for sobre o ensino; mapear o verbo "ensinar" para o rótulo da intervenção NIC específica, quando o ensino for menos intenso ou relacionado a outra atividade na ordem/intervenção geral; mapear o verbo "ordenar" para a intervenção "manejo do suprimento"; mapear as intervenções que têm dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções NIC correspondentes.

Vale ressaltar que a ligação NANDA-I/NIC apresenta 49 intervenções de Enfermagem para Diagnóstico de Enfermagem de Risco de integridade da pele prejudicada. Nesta pesquisa, foram excluídas cinco intervenções, por não se aplicarem aos objetivos do estudo: "Aconselhamento na lactação", "Precauções com látex", "Cuidados com cateter: Linha umbilical", "Estimulação elétrica nervosa transcutânea" e "Precauções no uso do torniquete pneumático". Trabalhou-se com 44 intervenções.

A lista das Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada, de acordo com os Domínios, as Classes (NIC) e as Categorias, com base na ligação²⁰, está apresentada no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Distribuição das intervenções de enfermagem para o Diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada, de acordo com os domínios, as classes e as categorias, segundo a ligação NANDA-I e a NIC (2007 – 2008)

Domínio 1 – FISIOLÓGICO BÁSICO	
Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico	
Classe A: Controle da atividade e do exercício - Intervenções para organizar ou auxiliar as atividades físicas e a conservação ou gasto de energia	
Intervenção	Categoria
Promoção de exercício	Sugerida
Promoção do exercício: treino para fortalecimento	Sugerida
Terapia por exercício: deambulação	Sugerida
Terapia com exercício: equilíbrio	Sugerida
Terapia com exercício: mobilidade articular	Sugerida
Terapia com exercício: controle muscular	Sugerida
Promoção do exercício: Alongamento	Adicional
Classe B: Controle da eliminação – Intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados	
Intervenção	Categoria
Cuidados na incontinência intestinal	Adicional
Controle no prolapso retal	Adicional
Classe C: Controle de imobilidade – intervenções para controlar a restrição de movimentos limitados do corpo e as sequelas	
Intervenções	Categoria
Cuidado com o aparelho gessado: manutenção	Sugerido
Cuidado com o aparelho gessado: úmido	Sugerida
Posicionamento	Sugerida
Imobilização	Sugerida
Cuidado com a tração/imobilização	Sugerida
Cuidado com o repouso no leito	Adicional
Classe D: Apoio nutricional – Intervenções para mobilizar ou manter o estado nutricional	
Intervenções	Categoria
Controle da nutrição	Adicional
Terapia nutricional	Adicional
Administração de nutrição parenteral total (NPT)	Adicional
Classe F: Facilitação do autocuidado - Intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina da vida diária ou ajudar sua realização	
Intervenções	Categoria
Cuidado com os pés	Sugerido
Cuidado com as unhas	Adicional
Cuidado com o períneo	Adicional
Banho	Adicional
Domínio 2 – FISIOLÓGICO COMPLEXO	
Cuidados que dão suporte à regulação homeostática	
Classe G: Controle eletrolítico e ácido básico – intervenções para regular o equilíbrio eletrolítico/acidobásico e prevenir complicações	
Intervenções:	Categoria
Controle hidroeletrólítico	Adicional
Monitoramento de eletrólitos	Adicional

Classe H: Controle de medicamentos – Intervenções para facilitar os efeitos desejados dos agentes farmacológicos	
Intervenções	Categoria
Administração de medicamentos: tópica	Sugerido
Controle de medicamentos	Adicional
Classe J: Cuidados pré-operatórios – intervenções para proporcionar cuidados antes, durante e depois da cirurgia	
Intervenções	Categoria
Posicionamento: intraoperatório	Sugerida
Classe L: Controle de pele e feridas – Intervenções para manter ou recuperar a integridade tissular	
Intervenções	Categoria
Cuidados com ostomias	Sugerida
Cuidados com o local da incisão	Sugerida
Monitoramento das extremidades inferiores	Sugerida
Controle da pressão	Prioritária
Prevenção de úlcera de pressão	Prioritária
Controle de prurido	Sugerida
Cuidados com a pele: tratamentos tópicos	Sugerida
Supervisão da pele	Prioritária
Cuidados com lesões	Sugerida
Classe N: Controle da perfusão tissular - Intervenções para otimizar a circulação de sangue e líquidos até os tecidos	
Intervenção	Categoria
Precauções circulatórias	Sugerida
Precauções contra sangramento	Adicional
Domínio 3: COMPORTAMENTAL Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida	
Classe S/F: Educação do paciente – Intervenções para facilitar a aprendizagem	
Intervenções	Níveis
Ensino: cuidados com os pés	Sugerida
Domínio 4: SEGURANÇA Cuidado que apoia a proteção contra danos	
Classe V: Controle de risco - Intervenções para iniciar atividade de redução de risco e manter o monitoramento de risco durante certo tempo	
Intervenções	Categoria
Controle de infecção	Sugerida
Proteção contra infecção	Sugerida
Supervisão	Sugerida
Monitoramento dos sinais vitais	Adicional

Fonte: JOHNSON *et al.*, (2009); BULECHERK, BUCHER, DOCHTERMAN (2010).

No que se refere ao mapeamento cruzado a partir do questionamento: “Quais as intervenções de enfermagem você realizou com o adulto ou idoso hospitalizado com o diagnóstico risco de Integridade da pele prejudicada?” Foi possível mapear 32 intervenções de Enfermagem com a NIC, dessas, 24 constam na ligação NANDA-I/NIC²⁰, e oito estão fora da ligação. É oportuno citar que foram excluídas duas

intervenções (cuidados com lesões e cuidados com úlceras de pressão) por já estarem instaladas. As intervenções foram distribuídas em quatro domínios, a saber: 14 do Domínio Fisiológico Complexo, que compreende cinco classes: G (Controle eletrolítico e ácido básico), H (Controle de medicamentos), J (Cuidados perioperatórios), L (Controle de pele/feridas), N (Controle da perfusão tissular); 12, do Domínio Fisiológico Básico, com quatro classes: A (Controle da atividade e do exercício), C (Controle da imobilidade), D (Apoio nutricional), F (Facilitação do autocuidado); uma, do Domínio Comportamental, com uma classe: S (Educação do paciente) e cinco intervenções do Domínio de Segurança, com uma classe: V (Controle de risco).

Esse mapeamento subsidiou a construção do Instrumento de Avaliação Mapeamento comparativo das intervenções/atividades de enfermagem para o Diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada (APÊNDICE E), que foi aplicado aos enfermeiros especialistas em diagnósticos e intervenções de enfermagem, com a finalidade de analisar e refinar as intervenções/atividades, conforme a NIC¹³.

4.5.3 Terceira etapa: análise e refinamento das Intervenções/atividades de enfermagem pelos enfermeiros especialistas

A terceira etapa do estudo se refere à análise e ao refinamento feitos por enfermeiros especialistas em Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem, das Intervenções/Atividades descritas pelos graduandos para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos ou idosos hospitalizados mapeadas com a NIC pela pesquisadora.

4.5.3.1 Procedimento de coleta dos dados

Os enfermeiros especialistas “*experts* ou juízes” foram escolhidos para compor o estudo como avaliadores e selecionados por meio da análise do Currículo na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e

Tecnológico. Inicialmente, na base de dados “Doutores”, posteriormente, na base “Demais Pesquisadores”, com a titulação mínima de mestre. Foi utilizado o modo de busca “Assunto” e o termo “Intervenções de Enfermagem”, respeitando-se os critérios de inclusão propostos por Fehring³¹. Assim, identificaram-se 44 enfermeiros especialistas em Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

Depois de identificar os enfermeiros especialistas, a pesquisadora entrou em contato com os selecionados pessoalmente, por e-mail ou por telefone. Desses, 32 aceitaram participar do estudo. Conforme recomenda Fehring³¹, o número ideal de peritos deve ser de 25 a 50.

O contato com os especialistas da UFPB foi feito presencialmente e/ou por telefone com os das demais instituições por E-mail. Em todos os contatos, foi solicitada a colaboração, explicado o objetivo do estudo e a importância da participação dos especialistas para sua realização.

Os documentos disponibilizados foram: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE F), Instrumento de classificação dos enfermeiros *experts* para a validação das intervenções de Enfermagem (APÊNDICE G), Instrumento de Avaliação: Mapeamento Cruzado das Intervenções/Atividades de Enfermagem para o Diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada (APÊNDICE E), Carta-convite (APÊNDICE H), Carta de Orientação (APÊNDICE I) e um material com as Intervenções e Atividades da NIC¹³ (APÊNDICE J) para o Diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, segundo a ligação NANDA-I/NIC²⁰, esse último para facilitar a consulta no momento da avaliação, caso o especialista não tivesse o livro NIC em mãos.

A entrega dos instrumentos de pesquisa ocorreu de duas maneiras distintas: para os colaboradores da UFPB, foi feita pessoalmente, inclusive para os aposentados; quanto aos especialistas das demais instituições, os documentos foram enviados via correio eletrônico, com a orientação para serem devolvidos no prazo de 30 dias. Foram distribuídos 32 instrumentos de pesquisa.

No final do prazo, a pesquisadora constatou que só foram devolvidos dez instrumentos. Entrou em contato com os especialistas que não cumpriram o prazo e repactou mais 40 dias. Durante o período, enviou mensagens por correio eletrônico e whatsapp reforçando a importância da colaboração para o sucesso do estudo. Apesar de todo o esforço e repactuação, obteve retorno de 14 instrumentos. É

importante salientar que foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do CNS²⁹, que trata de pesquisa com seres humanos.

4.5.3.2 Instrumentos de coleta dos dados

A terceira etapa do estudo constou de dois instrumentos de coleta de dados: o instrumento de classificação dos enfermeiros *experts* para a validação das intervenções de Enfermagem (APÊNDICE G) e o instrumento de avaliação mapeamento cruzado das intervenções/atividades de enfermagem para o Diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada (APÊNDICE E).

O instrumento de classificação dos enfermeiros *experts* constou de informações sobre: identificação (idade, sexo, tempo de experiência profissional, experiência na temática em estudo), área e tempo de experiência, se utiliza alguma Classificação de Enfermagem na prática, titulação acadêmica com os respectivos temas dos trabalhos de conclusão de curso, se tem atividade científica que aborde a temática da assistência de enfermagem ao paciente com o diagnóstico de Enfermagem risco de integridade da pele prejudicada.

O instrumento de avaliação Mapeamento Cruzado das Intervenções/Atividades de Enfermagem para o Diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada (APÊNDICE E) tem duas partes: a primeira faz referência aos conceitos de diagnóstico, intervenção e atividade de enfermagem e aos fatores de risco externos e internos¹¹, e a segunda é constituída de um quadro com nove colunas. Na coluna da esquerda, estão descritas as intervenções/atividades de enfermagem elencadas pelos discentes e agrupadas por similaridade pela pesquisadora; nas duas colunas seguintes, as intervenções e as atividades mapeadas, correspondentes às da NIC¹³; na quarta, na quinta, na sexta, na sétima e na oitava colunas, encontram-se as variáveis da Escala Likert, com pesos: discordo plenamente (0,0), discordo (0,25), neutro (0,50), concordo (0,75), concordo plenamente (1,0) e respectivos valores, obedecendo ao que orienta Fehring³¹ com adaptação da pesquisadora. O enfermeiro especialista foi orientado para marcar um (X) na coluna que correspondesse a sua

resposta. A nona e última coluna foi reservada para o *expert* escrever sugestões e considerações.

4.5.3.3 Análise dos dados

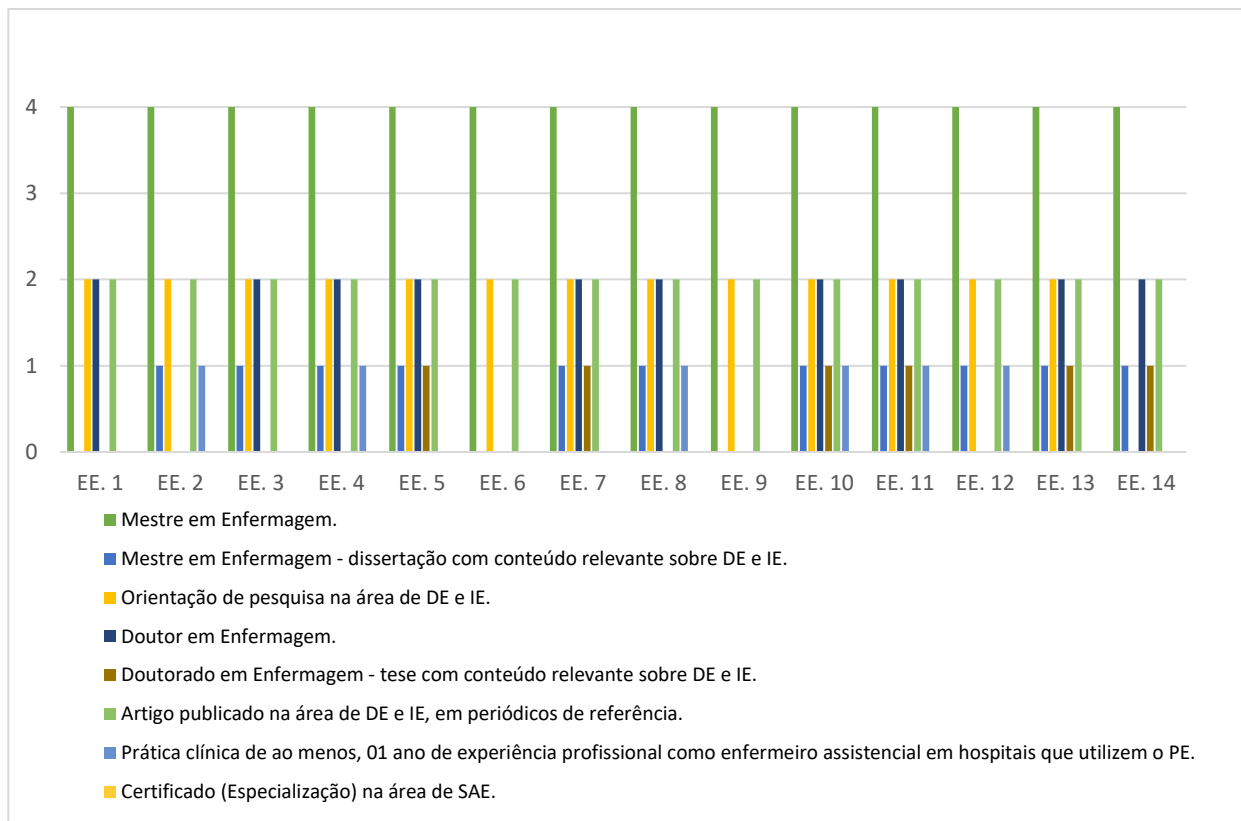
Os dados resultantes da análise e do julgamento dos enfermeiros especialistas foram organizados em planilha do *Microsoft Excel*®. Utilizou-se estatística descritiva com suas respectivas frequências absolutas e relativas e foram discutidos com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem¹³. O programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0.

Conforme as recomendações de Fehring³¹, atribuiu-se uma pontuação a cada opção de resposta da Escala tipo Likert: discordo plenamente (0,0), discordo (0,25), neutro (0,50), concordo (0,75) e concordo plenamente (1,0). Foram calculadas as médias aritméticas através dos escores atribuídos às respostas.

As intervenções foram classificadas assim: como prioritárias, as que obtiveram média aritmética maior ou igual a 0,80; sugeridas, as que obtiveram média aritmética entre 0,79 e 0,51; e as que atingiram médias inferiores a 0,50 serão indicadas para uma nova análise em estudos futuros. Por fim, calculou-se o escore total de Validade de Conteúdo de Intervenção (VCI) para cada intervenção, somando-se as proporções de cada atividade e calculando-se a média dos resultados³¹.

No tocante aos critérios do sistema de pontuação proposto por Fehring³⁰ para a seleção de enfermeiros especialistas, com a finalidade de validar as Intervenções/Atividades de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, observou-se que todos atingiram a pontuação para compor o grupo, conforme apresentado na figura a seguir.

Gráfico 1 – Pontuação dos especialistas segundo os critérios propostos por Fehring (1994)



Fonte: Dados da pesquisa - João Pessoa (2016)

A identificação dos enfermeiros especialistas foi feita através de códigos alfanuméricos (EE1, ..., EE14). Em relação à caracterização dos especialistas, a idade variou entre 30 e 60 anos, com média de 44,7 anos; o tempo de experiência profissional foi de cinco a 35 anos; todas as colaboradoras são do sexo feminino; 35,7 % trabalham com a temática do estudo na área de ensino e pesquisa; 28%, no ensino, na pesquisa e na assistência, e 14,2% trabalham no ensino; 28,5% utilizam a NANDA - I e a CIPE®, e 21,4% utilizam NANDA - I, NIC e CIPE® e 21,4% trabalham com NANDA - I, NIC, NOC e CIPE®.

Pretendem-se divulgar os resultados desta pesquisa aos seus participantes e à instituição onde os dados foram coletados e por meio de publicações em periódicos de circulação nacional e internacional. Além disso, a pesquisadora se compromete em encaminhar os resultados obtidos para o Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), com a finalidade de contribuir com o aprimoramento dessa taxonomia.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram catalogados e analisados com base na ligação NANDA-I/NIC²⁰ e na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e, em seguida, estruturados em formato de artigo, em número de dois. O primeiro artigo de resultados – o número 2 da tese - é referente ao mapeamento cruzado, a partir das respostas dos estudantes de Enfermagem, e o segundo - artigo 3 da tese - é alusivo à validação das intervenções de enfermagem por enfermeiros especialistas, apresentados a seguir.

MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

MAPPING CROSSED NURSING INTERVENTIONS RELATED TO DIAGNOSIS INTEGRITY RISK OF IMPAIRED SKIN

PROYECCIÓN CRUZADA INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO INTEGRIDAD RIESGO DE DETERIORO DE LA PIEL

RESUMO

Introdução: Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico essencial para o desempenho sistemático da prática profissional, por promover cuidado e organizar as condições necessárias à sua realização e documentação. Nas etapas do Processo de Enfermagem referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado, podem ser utilizados termos padronizados descritos pelos sistemas de classificação. Uma dessas classificações, que foi utilizada como referência neste estudo, é a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), uma classificação de linguagem padronizada e abrangente, que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros. **Objetivo:** Fazer o mapeamento cruzado das intervenções/atividades de enfermagem, descritas por graduandos de Enfermagem, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, e compará-las com as propostas pela NIC. **Método:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 25 estudantes de Enfermagem de uma instituição pública de ensino, e em que se utilizou o mapeamento cruzado. **Resultados:** 92% dos estudantes são do sexo feminino, com idades entre 21 e 35 anos, 76% são solteiros, cinco (20%),

casados e um divorciado. Constatou-se que, mesmo sem consulta prévia a material didático, os estudantes foram capazes de listar 135 intervenções/atividades de enfermagem para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, que foram mapeadas em 32 intervenções da classificação, 24 das quais constavam na ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008, e oito estavam fora dessa ligação. Sobre Domínios e Classes, mapearam-se 14 intervenções do Domínio Fisiológico complexo, das classes: G, H, J, L, N; 12 do Domínio fisiológico básico das classes: A, C, D, F; um do domínio comportamental da classe S, e cinco do Domínio de Segurança da classe V. Evidenciaram-se nove atividades na Intervenção Prevenção de úlcera por pressão, e seis, no Controle da pressão, ambas prioritárias; seis atividades na intervenção Cuidados com repouso no leito, adicionais. **Conclusão:** A maioria das atividades estava nas três intervenções prioritárias, conforme a ligação NANDA-I e a NIC, para o diagnóstico em estudo. Concentraram-se atividades no Domínio Fisiológico Complexo, em cinco classes da NIC.

Descritores: Classificação. Diagnóstico de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Ferimentos e lesões. Estudantes de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Nursing Process (PE) is an essential methodological tool for systematic performance of professional practice for foster care and organize the conditions necessary for its implementation and documentation. In the steps of the Nursing Process for the diagnosis, intervention and outcome can be used standardized terms described by ratings systems. One of these classifications, which was used as reference in this study is the Classification of Nursing Interventions (NIC) defined as a standardized and comprehensive language classification that describes the treatments performed by nurses. **Objective:** To carry out cross-mapping of nursing interventions / activities, described by nursing students for the diagnosis Integrity Risk of Impaired Skin, adult and elderly hospitalized, comparing them to those proposed by NIC. **Method:** A descriptive study with a quantitative approach, used cross mapping. Conducted with 25 nursing students of a public educational institution. **Results:** 92% of students are female, between 21 and 35 years old, 76% are single, 20% married five and divorced. It was found that even without prior consultation with courseware, students were able to list 135 nursing interventions / activities for Nursing Diagnosis Skin Integrity Risk adults Impaired and hospitalized elderly, which were mapped in 32 interventions classification, of these 24 were on the link NANDA-I / NIC, from 2007 to 2008 and 08 were out of this connection. About Domains and Classes, mapped-14 interventions Physiologic Domain complex classes: G, H, J, L, N; 12 of the basic physiological domain of classes: A, C, D, F; 01 behavioral domain, the S class and 05 Security Domain, Class V. It was evident 09 activities in Intervention Prevention of Pressure Ulcers and 06 in Pressure Control, both priority; 06 activities in care intervention with bed rest, additional. **Conclusion:** We conclude, therefore, that the most activity was in three priority interventions as NANDA-I and NIC connection for the diagnosis study. Focused activities in the field Physiological: Complex in five classes of NIC.

Keywords: Classification; Diagnosis of Nursing; Nursing care; Wounds and injuries; Nursing students.

RESUMEN

Introducción: Proceso de Enfermería (PE) es una herramienta metodológica esencial para el funcionamiento sistemático de la práctica profesional de cuidado de crianza y organizar las condiciones necesarias para su aplicación y documentación. En los pasos del proceso de enfermería para el diagnóstico, intervención y el resultado puede ser utilizado términos estandarizados descritos por sistemas de clasificación. Una de estas clasificaciones, que se utilizó como referencia en este estudio es la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) se define como una clasificación lenguaje estandarizado y completo que describe los tratamientos realizados por personal especializado. **Objetivo:** Llevar a cabo a través del mapeo de las intervenciones de enfermería / actividades, descritas por los estudiantes de enfermería para el diagnóstico de integridad de Riesgo de la piel perjudicada, adultos y ancianos hospitalizados, comparándolos con los propuestos por el NIC. **Método:** Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, utilizó la cartografía cruz. Llevado a cabo con 25 estudiantes de enfermería de una institución de educación pública. **Resultados:** El 92% de los estudiantes son mujeres, entre 21 y 35 años de edad, el 76% son solteros, el 20% se casó y se divorció cinco. Se encontró que, incluso sin una consulta previa con cursos, los estudiantes fueron capaces de enumerar las intervenciones de enfermería 135 / actividades para el Diagnóstico de Enfermería de la piel adultos Integridad de riesgo deteriorados y ancianos hospitalizados, los cuales fueron asignados en 32 clasificación de las intervenciones, de éstos 24 fueron en el enlace de la NANDA-I / NIC, de 2007 a 2008 y 08 estaban fuera de este contexto. Acerca de dominios y clases, mapeadas-14 intervenciones fisiológica de dominio de clases complejas: G, H, J, L, N; 12 del dominio fisiológico básico de clases: A, C, D, F; 01 dominio del comportamiento, la clase S y 05 de dominio de seguridad, Clase V. Era evidente 09 actividades en materia de prevención de las úlceras por presión de intervención y 06 en el control de la presión, tanto de prioridad; 06 actividades de intervención de atención con reposo en cama, adicionales. **Conclusión:** Se concluye, por lo tanto, que la mayoría de la actividad estaba en tres intervenciones prioritarias como la NANDA-I y conexión de la NIC para el estudio diagnóstico. Las actividades se centraron en el ámbito fisiológico: Complejo en cinco clases de NIC.

Palabras clave: Clasificación; El diagnóstico de enfermería; Los cuidados de enfermería; Heridas y traumatismos; Estudiantes de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico essencial para o desempenho sistemático da prática profissional por favorecer o cuidado e organizar as condições necessárias à sua realização e documentação¹. O processo requer que a assistência de enfermagem seja pautada na avaliação do paciente, fornecendo dados para tomadas de decisões adequadas em relação às suas necessidades de cuidados e das metas a serem alcançadas para atender aos resultados desejáveis. Portanto, é um método para nortear as decisões clínicas dos enfermeiros referentes a processos intelectuais, cognitivos e documentais da prática de enfermagem^{2,3}.

Para tornar o Processo de Enfermagem um instrumento metodológico da assistência, o COFEN aprovou uma Resolução que o implementa em todos os ambientes onde ocorre o cuidado de enfermagem, com a finalidade de garantir a organização do trabalho profissional. Conforme essa resolução, o processo encontra-se estruturado em cinco fases ou etapas sequenciadas e inter-relacionadas, a saber: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação⁴.

Nas etapas do Processo de Enfermagem referentes ao diagnóstico, à intervenção e ao resultado, podem ser utilizados termos padronizados descritos pelos sistemas de classificação, que apresentam os fenômenos comuns na prática clínica da Enfermagem. Assim, a Enfermagem busca incessantemente uniformizar sua linguagem através do desenvolvimento de classificações. Uma dessas classificações, que foi utilizada como referência neste estudo, é a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), definida como uma classificação de linguagem padronizada e abrangente, que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros⁵. Pode-se afirmar que existem inúmeros benefícios proporcionados pela padronização, entre eles: facilitar a comunicação entre os enfermeiros e a documentação da prática clínica, além da organização de sistemas informatizados.

Neste estudo, trabalhou-se com as Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, que é o “risco de a pele ser alterada de forma adversa”⁶, partindo-se das 49 Intervenções de Enfermagem indicadas na Ligação NANDA-I-NIC⁷. Intervenções de enfermagem é “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro

realiza para melhorar os resultados do paciente”, e as atividades de enfermagem “são os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes a avançar rumo a um resultado almejado⁵”.

De acordo com a ligação NANDA I /NIC⁷, as Intervenções de Enfermagem classificam-se em prioritárias (três intervenções), sugeridas (29 intervenções) e adicionais optativas (17 intervenções). As intervenções prioritárias são as que têm mais probabilidade de resolver o problema; as sugeridas, as que têm grande probabilidade de solucionar o DE, e as adicionais optativas, as que se aplicam apenas a alguns pacientes com o diagnóstico de enfermagem (DE)⁷.

Observaram-se, na literatura, estudos realizados com enfermeiros que abordavam a padronização da linguagem, porém estudos desenvolvidos com estudantes de Enfermagem são escassos, apesar de os estudantes dessa área serem futuros enfermeiros e precisarem de uma base teórica e de habilidade para utilizar as taxonomias. Além disso, a utilização de linguagens padronizadas promove a tomada de decisão dos estudantes e dos profissionais durante a prática clínica e os orienta para o pensamento crítico^{8,9}.

Diante do exposto, entende-se que é preciso aprofundar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada descritas por estudantes e de compará-las com as que integram a NIC. Para tanto, este estudo teve como objetivo realizar o mapeamento cruzado das intervenções/atividades de enfermagem, descritas por graduandos do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem de uma instituição pública de ensino, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados com as que integram a NIC.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, em que foi feito o mapeamento cruzado. Esse método é definido como um processo para explicar algo, através do uso de palavras com significado igual ou semelhante¹⁰.

Participaram como sujeitos do estudo todos os estudantes matriculados no 10º período do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem de uma instituição pública de ensino, no semestre 2014.2. A amostra constou de 25 estudantes que

aceitaram participar do estudo. A escolha por esses estudantes deveu-se ao fato de terem concluído disciplinas teóricas e teórico-práticas do Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, terem tido a oportunidade de aplicar as etapas do Processo de Enfermagem ao longo do curso e por estarem cursando a disciplina 'Estágio Supervisionado em Assistência Hospitalar'.

O estudo respeitou os preceitos éticos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹¹. A pesquisa foi encaminhada para ser avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e recebeu parecer favorável de número 1.044.701. A pesquisadora encaminhou à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa, juntamente com uma carta que informava a realização do estudo e solicitava autorização por escrito para realizá-los com estudantes do 10º período. Antes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e lhes foram garantidos o anonimato e o direito de desistir de participar do estudo, caso assim desejassem, sem que sofressem qualquer tipo de prejuízo.

Para a coleta dos dados, utilizou-se o instrumento 'discentes de Enfermagem', estruturado em duas partes (A e B). Na parte A, constaram a caracterização dos participantes e um questionamento sobre a experiência acadêmica acerca de cuidados realizados em adultos e idosos hospitalizados com o DE Risco de integridade da pele prejudicada; a parte B foi composta de definições de diagnóstico, intervenção e atividades de Enfermagem, conforme apresentado na NIC, e dos fatores de risco para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, além de uma pergunta a ser respondida pelos estudantes sobre as intervenções/atividades realizadas com o adulto e o idoso hospitalizado com o diagnóstico "Risco de integridade da pele prejudicada".

Foram consideradas as intervenções indicadas na lista da associação NANDA-I/NIC⁷, para o diagnóstico "Risco de integridade da pele prejudicada", de que se excluíram cinco intervenções: "Aconselhamento na lactação", "Precauções com látex", "Cuidados com cateter: linha umbilical", "Precauções no uso do torniquete pneumático" e "Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)" por não serem aplicáveis ao objeto de estudo.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel*®. Utilizou-se a estatística descritiva, com suas respectivas frequências absolutas e relativas, que resultou em três tabelas.

RESULTADOS

Apresentam-se, a seguir, as características sociodemográficas dos estudantes de Enfermagem participantes do estudo e o mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem listadas por eles, considerando-se os domínios, as classes, as intervenções e as atividades, conforme demonstrado na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) indicadas pela ligação NANDA I/NIC⁷ para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, com suas respectivas frequências absolutas e percentuais.

Caracterização da amostra do estudo

Participaram do estudo 25 estudantes do 10º período do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem de uma universidade pública, na faixa etária de 21 a 35 anos, com idade média de 23 anos; 92% são do sexo feminino; 76%, solteiros; 20%, casados, e 4% divorciados. Os solteiros se encontravam na faixa etária entre 22 e 23 anos.

Mapeamento das intervenções listadas pelos estudantes de Enfermagem

Constatou-se que o número de intervenções e atividades elencadas por cada estudante variou entre três e nove, somando um total de 151. Sendo duas intervenções e 149 atividades. Dessas, foram excluídas 16 – três, por apresentarem textos incompreensíveis ou sem sentido, e 13, por estarem repetidas nas respostas de outros estudantes. Portanto, foram listadas duas intervenções e 133 atividades. A maioria das atividades de enfermagem listadas pelos estudantes integrava mais de uma intervenção de enfermagem da NIC.

Mapearam-se 32 intervenções e 78 atividades de enfermagem com a NIC, dessas, 24 constavam na ligação NANDA-I/NIC⁷ e oito estavam fora dessa ligação. É oportuno citar que foram excluídas duas intervenções (cuidados com lesões e cuidados com úlceras de pressão) por se tratar de lesões já instaladas. Em relação

aos domínios e às classes, foram mapeadas 14 intervenções do Domínio Fisiológico complexo das classes: G (Controle eletrolítico e Ácido básico), H (Controle de medicamentos), J (Cuidados perioperatórios), L (Controle de pele/feridas) e N (Controle da perfusão tissular) (Tabela 1); 12 intervenções do Domínio fisiológico básico das classes: A (Controle da atividade e do exercício), C (Controle da imobilidade), D (Apoio nutricional), F (Facilitação do autocuidado) (Tabela 2); uma intervenção do domínio comportamental da classe S (Educação do paciente) e cinco intervenções do Domínio de Segurança da classe V (Controle de risco (Tabela 03). Dez atividades não foram mapeadas pela pesquisadora, por não apresentarem correlação com as propostas da NIC.

As intervenções que constam na ligação NANDA-I/NIC⁷ para o diagnóstico Risco da integridade da pele prejudicada mapeadas são: Cuidado com os pés, Terapia com exercícios: Deambulação, Terapia com exercício: Controle muscular, Terapia com exercício: mobilidade articular, banho, Posicionamento, Terapia nutricional, Controle da nutrição, Cuidado com o repouso no Leito (Domínio fisiológico básico); Prevenção de úlcera de pressão, Controle da pressão, Supervisão da pele, Administração de medicamento: Tópicos, Controle hidroeletrolítico, Posicionamento intraoperatório, Cuidado com o local da Incisão, Cuidado da pele: tratamentos tópicos, Monitoramento das extremidades inferiores, Precauções circulatórias (Domínio fisiológico complexo); Supervisão, Controle de infecção, Proteção contra infecção e Monitoramento de sinais vitais (Domínio de segurança); Ensino: cuidado com os pés (Domínio comportamental).

As intervenções mapeadas que não constam na ligação NANDA-I/NIC⁷ para o diagnóstico Risco da integridade da pele prejudicada foram: Assistência no autocuidado: banho e higiene, Assistência no autocuidado, Terapia de deglutição (Domínio fisiológico básico); Controle de eletrólitos: Hipernatremia, Controle hídrico, Cuidados circulatórios: insuficiência venosa, punção venosa (Domínio fisiológico complexo) e Contenção física (Domínio de segurança).

Foi constatada a presença de nove atividades, listadas pelos estudantes na intervenção de enfermagem Prevenção de úlcera por pressão, e seis, na intervenção Controle da pressão, ambas categorizadas na NIC como prioritárias, conforme apresentado na Tabela 1. No entanto, obteve-se igual destaque na intervenção Cuidados com repouso no leito, categorizada na NIC como adicional, que teve seis

atividades listadas pelos graduandos, de acordo com a tabela 2. Esse resultado nos leva a inferir que os estudantes compreendem a importância da mudança de decúbito, tanto quanto a prevenção de úlcera de pressão e o controle da pressão, e listaram atividades de idêntica importância para essa intervenção.

Apresenta-se, nas tabelas 1, 2 e 3, a distribuição das Intervenções de Enfermagem da Classificação NIC por domínios e classes, de acordo com o mapeamento cruzado e o número de atividades de enfermagem listadas pelos estudantes, com as respectivas frequências absolutas e o percentual, assim como o número das atividades preconizadas pela Classificação NIC. Vale ressaltar que foram excluídas da Tabela 01 as intervenções Cuidados com úlceras por pressão e Cuidados com lesões (Domínio fisiológico complexo), por não se tratar de intervenções para o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada.

Tabela 1 – Distribuição das intervenções de enfermagem mapeadas de acordo com o domínio Fisiológico Complexo e suas respectivas classes da classificação NIC – João Pessoa - 2015

	Classe	Intervenção/Nível de Categoria	Ativ. Mapeadas pelos discentes	Ativ. da NIC	Percent.
			Nº	Nº	%
DOMÍNIO: Fisiológico Complexo	Controle eletrolítico e ácido básico (G)	Controle de eletrólitos: hipernatremia**.	01	30	3,3
		Controle hídrico **.	03	29	10,3
		Controle hidroeletrolítico. Adicionais.	01	35	2,9
	Controle de medicamentos (H)	Administração de medicamentos: tópicos. Sugerida	01	13	7,7
	Cuidados perioperatórios (J)	Posicionamento Intraoperatório - Sugerida	02	26	7,7
	Controle de pele/feridas (L)	Prevenção de úlcera de pressão*. Prioritária	09	30	27,0
		Controle da pressão* Prioritária	06	18	33,3
		Supervisão de pele* Prioritária	03	14	21,4
		Cuidados da pele: tratamentos tópicos Sugerida	04	34	11,8
		Cuidados com o local da Incisão: Sugerida	02	20	10,0

	Monitoramento das extremidades inferiores Sugerida	01	35	2,9
Controle da perfusão tissular (N)	Cuidados circulatórios: Insuficiência venosa**	02	16	12,5
	Precauções Circulatórias Adicional	01	11	9,1
	Punção venosa**	02	27	7,4

*Intervenções de Enfermagem prioritárias

**Intervenções de Enfermagem classificadas fora da ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008 para o diagnóstico Risco da integridade da pele prejudicada.

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 2 – Distribuição das intervenções de enfermagem mapeadas de acordo com o Domínio Fisiológico Básico e suas respectivas classes da classificação NIC – João Pessoa - 2015

	Classe	Intervenção	Ativ. Mapeadas pelos discentes	Ativ. da NIC	Percent
			Nº	Nº	%
DOMÍNIO: Fisiológico Básico	Controle da atividade e do exercício (A)	Terapia com exercício: Deambulação/ Sugerida	02	20	10,0
		Terapia com exercício: Controle muscular/ Sugerida	01	37	2,7
		Terapia com exercício: Mobilidade Articular/ Sugerida	01	20	5,0
	Controle da imobilidade (C)	Cuidados com repouso no Leito/ Adicional	06	25	24,0
		Posicionamento/ Sugerida	03	36	8,3
	Apoio nutricional (D)	Terapia para deglutição*	01	38	2,6
		Terapia nutricional/ Adicional	01	29	3,4
		Controle da nutrição/ Adicional	02	22	9,1
	Facilitação do autocuidado (F)	Assistência no autocuidado: Banho/Higiene*	01	14	7,1
		Cuidado com os pés/ Sugerida	02	21	9,5
		Assistência no autocuidado*	02	13	15,4
		Banho/ Adicional	02	13	15,4

* Intervenções de Enfermagem classificadas fora da ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada

Fonte: Pesquisa de campo

Tabela 3 – Distribuição das intervenções de enfermagem mapeadas de acordo com os Domínios de Segurança e Comportamental e suas respectivas classes da classificação NIC – João Pessoa - 2015

DOMÍNIO: comportamental	Classe	Intervenção	Ativ. Mapeadas pelos discentes	Ativ. da NIC	Percent
			Nº	Nº	%
DOMÍNIO: Segurança	Educação do paciente (S)	Ensino: Cuidado com os pés/ Sugerida	02	31	6,5
	Controle de risco (V)	Supervisão/ Sugerida	03	39	7,7
		Controle de infecção/ Sugerida	04	36	11,1
		Proteção contra infecção/ Sugerida	04	27	14,8
		Monitoramento de Sinais Vitais/ Adicional	01	25	4,0

Fonte: Pesquisa de campo. João Pessoa - 2016

DISCUSSÃO

Este estudo comparou as atividades listadas pelos estudantes de Enfermagem com as propostas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Os resultados demonstraram que os estudantes, sem consulta prévia a qualquer material didático, foram capazes de listar atividades de enfermagem para adultos e idosos hospitalizados, com diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada, o que possibilitou mapear 32 intervenções com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁵. Esse resultado encontra respaldo em estudo desenvolvido na Itália com estudantes de graduação de diferentes níveis sobre o impacto do Processo de Enfermagem, que resultou em um planejamento de 3,8 intervenções para cada título de diagnóstico da Classificação NANDA-I¹².

Foi observado que as atividades referentes à avaliação da pele: avaliar a pele diariamente, avaliar a pele do paciente diariamente, avaliar a pele diariamente para a presença de alterações, observar qualquer sinal de rompimento da pele, verificar alterações cutâneas diariamente e examinar a pele do paciente encontram-se mapeadas em nove intervenções na NIC (Assistência no autocuidado: banho/higiene, banho, cuidados com o repouso no leito, controle da pressão, prevenção de úlcera de pressão, posicionamento intraoperatório, cuidado da pele: tratamentos tópicos,

supervisão e monitoração de sinais vitais - SSVV). Ressalta-se que duas dessas intervenções estão na categoria prioritária.

Também se destacam as atividades referentes à mudança de decúbito: realizar mudança de decúbito em pacientes acamados a cada 2h, realizar mudança de decúbito a cada 2h, mudar decúbito a cada 2h em pacientes restritos ao leito, realizar mudança de decúbito do paciente dentro do período pré-estabelecido, mudança de decúbito de 2/2 horas, mudança de decúbito a cada 2h, pacientes restritos ao leito: mudar de decúbito a cada 2h: foram mapeadas seis intervenções da NIC (posicionamento, cuidados com o repouso no leito, controle da pressão, prevenção de úlcera de pressão, cuidado da pele: tratamentos tópicos, cuidados circulatórios: insuficiência venosa). Constatou-se, ainda, que outras atividades listadas foram mapeadas em mais de uma intervenção da NIC.

Diante do exposto, concluiu-se que a maioria das atividades de enfermagem listadas pelos estudantes participantes deste estudo está inserida no domínio Fisiológico Complexo, seguida do domínio Fisiológico Básico da NIC, nos quais se concentra o maior número de atividades listadas. Corroborando o presente estudo, na Itália, pesquisa realizada em unidade de reabilitação cardiológica mostrou que os planos de cuidados realizados por enfermeiros estavam com todas as intervenções no Domínio Fisiológico Básico e Complexo¹³.

Vale ressaltar que os dois Domínios: o Fisiológico Complexo e o Fisiológico Básico da NIC, frequentes nesta pesquisa, também são destacados por outro estudo, com 14 intervenções prescritas pelos enfermeiros que trabalham em uma unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário no Brasil, para o diagnóstico Risco de integridade da pele¹⁴.

A predominância do Domínio Fisiológico Complexo, nesses estudos, deve-se ao fato de as intervenções prioritárias propostas pela ligação NANDA-I/NIC⁷, para o diagnóstico de Risco da integridade da pele prejudicada fazer parte desse domínio. Além disso, a maioria das intervenções se encontra na classe Controle de Pele e Feridas, seguida de Controle da Perfusão Tissular, ambas do Domínio Fisiológico Complexo, cuja finalidade é de manter ou recuperar a integridade da pele⁵.

Ainda sobre a predominância desse domínio, outro estudo brasileiro realizado com enfermeiros para mapear intervenções e atividades de enfermagem em centro quimioterápico utilizando linguagem padronizada identificou 35 intervenções e 48

atividades distribuídas em cinco domínios da NIC com a maioria das intervenções no Domínio Fisiológico Complexo¹⁵. Esses resultados em diferentes estudos nos permitem afirmar que isso acontece porque as intervenções prioritárias são as com mais probabilidade de resolver o problema identificado e por elas estarem no Domínio Fisiológico Complexo.

Mais um estudo realizado no Brasil, com 16 enfermeiras *experts*, validaram nove intervenções como prioritárias e 22 como sugeridas para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, em pacientes com risco de úlcera por pressão, levando em consideração o que propõe a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a partir da ligação NANDA-I/NIC⁷ para o referido diagnóstico¹⁶.

As autoras do estudo supracitado não elencaram as intervenções por domínio, mas por categoria, como prioritárias e sugeridas. Percebeu-se que 18 intervenções validadas pertenciam aos Domínios Fisiológicos Básicos, Complexo e de Segurança. Esses resultados coincidem com os encontrados neste estudo e é oportuno destacá-los: Prevenção de úlceras de pressão, Controle da pressão, Supervisão da pele, Banho, Cuidados da pele: tratamentos tópicos, Monitorização de sinais vitais, Posicionamento, Terapia nutricional, Controle da nutrição, Supervisão, Cuidados com repouso no leito, Proteção contra infecção, Controle de infecção, Terapia com exercícios: deambulação, Precauções circulatórias, Assistência no autocuidado: Banho/Higiene, Posicionamento: intraoperatório, cuidados com o local de incisão.

Quando comparamos as intervenções das 16 enfermeiras *experts* que validaram o estudo de Bavaresco e Lucena¹⁶ com as intervenções listadas pelos estudantes e mapeadas pela pesquisadora do presente estudo, vemos que houve coincidências, com ênfase nas intervenções prioritárias e nas seguintes intervenções: Cuidado com o repouso no leito, Cuidados da pele: tratamentos tópicos, Controle de infecção, Proteção contra infecção, Posicionamento e Supervisão. Esse resultado nos mostra a importância dessas intervenções para o diagnóstico em estudo, porquanto elas estão diretamente relacionadas ao cuidado com a pele e nos encoraja a sugerir a inclusão das referidas intervenções na categoria prioritária, já que, na NIC, essas intervenções estão nas categorias adicionais e nas sugeridas.

Ainda comparando o resultado dos estudos, constatamos que, das nove intervenções de enfermagem validadas como prioritárias pelas 16 enfermeiras *experts*, do estudo de Bavaresco e Lucena¹⁶ oito foram listadas pelos estudantes

deste estudo e apenas uma intervenção (Cuidados na incontinência urinária) não foi citada.

Em relação à intervenção prioritária “Prevenção de úlceras de pressão” (Tabela 1), definida como “prevenção de úlcera de pressão em indivíduos com alto risco de desenvolvê-las”⁵, as atividades listadas pelos estudantes foram mapeadas em 27% das atividades descritas na NIC para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada. Pode-se afirmar que os cuidados com a integridade da pele e dos tecidos fazem parte da prática laboral do enfermeiro, o que inclui a prevenção de lesões por pressão¹⁷. A incidência desse tipo de lesão é considerada um indicador de qualidade assistencial e de segurança do cliente¹⁸.

Na intervenção prioritária “Controle de pressão” (Tabela 1), conceituada como “minimização da pressão sobre as partes do corpo”⁵, o estudo concluiu que 33,3 % das atividades foram mapeadas com as da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Essa intervenção é uma importante medida preventiva e tem como objetivo diminuir a pressão sobre as proeminências ósseas, por meio da movimentação e da mudança de decúbito, bem como da utilização de colchões apropriados¹⁹.

Sobre a intervenção prioritária “Supervisão da pele” (Tabela 1), definida como “análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas,”⁵ observou-se que houve 21,4 % das atividades mapeadas com a NIC. É importante ressaltar que essa intervenção permite ao enfermeiro avaliar a integridade da pele e direcionar o cuidado para a prevenção, especialmente em pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de lesões e necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea. Esses pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas²⁰.

No tocante à intervenção sugerida “Cuidados da pele: tratamento tópicos” (Tabela 1), conceituada como “aplicação de substâncias típicas ou manipulação de dispositivos para a promoção da integridade da pele e minimização de degradação da pele,”⁵ obtiveram-se 11,8 % das atividades listadas mapeadas com a NIC. Corroborando esse resultado, estudos realizados em dois hospitais universitários brasileiros, um, na Região Sul, e outro, na Região Sudeste do país, validaram essa intervenção como prioritária para o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada¹⁶. É importante enfatizar que o uso de produtos aplicados na via tópica

pode alterar ou manter a integridade da pele e que, atualmente, existem diversos dispositivos para impedir o desenvolvimento de lesão²¹.

Sobre a intervenção adicional “Cuidados com repouso no leito” (Tabela 2), definida como a “promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações em paciente incapaz de sair do leito”⁵, pertencente ao domínio Fisiológico: Básico e a classe de Controle da imobilidade, alcançou 24% em número de atividades listadas pelos estudantes em relação às 25 atividades elencadas pela classificação NIC. Sabe-se que a restrição do paciente no leito pode desencadear, entre outros problemas, alterações na integridade da pele. Por esse motivo, ressalta-se a importância da intervenção “Cuidados com repouso no leito” e defende-se que ela seja validada como prioritária na NIC.

Em relação à intervenção “Posicionamento” (Tabela 2), pertencente ao Domínio fisiológico básico e definida como “posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico”⁵, mapearam-se 8,3% das atividades listadas pelos discentes. Vale considerar que a pressão e a força de cisalhamento na pele são diminuídas com a utilização de intervenções de posicionamento. Nesse sentido, a mudança de decúbito e a elevação da cabeceira do leito a 30 graus ou menos reduz o aparecimento de lesão por pressão²². Essa intervenção, que integra a categoria sugerida na NIC, é de fundamental importância para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada.

Reforçando o exposto, destaca-se um estudo retrospectivo realizado em Missouri com 345 pacientes de cuidados intensivos, que mostrou que um atraso de dois dias ou mais no posicionamento de pacientes que tinham indicação de uma cama especial era associado ao surgimento de lesão por pressão, devido à ineficácia da oxigenação e da perfusão nos tecidos sob pressão²³.

Quanto à intervenção adicional “Banho”, pertencente à classe Facilitação do autocuidado, conceituada pela NIC como “limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento”⁵, evidenciou-se que 15,4% das atividades foram mapeadas com a NIC. É no momento do banho que o enfermeiro tem oportunidade de inspecionar, avaliar e tomar decisões quanto ao cuidado com a pele do paciente, e se ele depender fisicamente ou tiver com comprometimento cognitivo, deve-se aumentar a frequência de avaliação da pele¹⁶. O enfermeiro deve executar e documentar diariamente a avaliação regular da pele de todos os pacientes, para

detectar e tratar previamente sinais de úlceras por pressão, fissuras na pele e problemas considerados dermatológicos²⁴.

No tocante à intervenção “Terapia com exercício: deambulação”, pertence à classe Controle da atividade e do exercício, definida pela NIC como “promoção e assistência com a deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias do organismo durante o tratamento e a recuperação de doença e lesão”⁵, atingiu 10% das atividades citadas pelos discentes, conforme apresentado na Tabela 2. Estudo comprova que a deambulação de pacientes hospitalizados promove benefício físico, emocional e bem-estar social²⁵. Ao listar essa intervenção, os estudantes reconhecem que, quanto mais cedo o paciente levantar do leito e deambular, menos chances de risco de imobilização ele terá.

A intervenção de Enfermagem “Controle da nutrição”, que pertence à classe Apoio nutricional e é definida como auxílio ou oferta de ingestão nutricional equilibrada de alimentos e líquidos, obteve 9,1% das atividades mapeadas, conforme a NIC. Vale salientar que a literatura científica comprova que a nutrição desequilibrada desempenha um importante papel de risco para lesões por pressão.²⁶ O controle da nutrição pode ser feito por meio da dosagem de albumina, que tem sido considerada um potente marcador de nutrição²³. Sabe-se que a pressão oncótica é diminuída quando os níveis de albumina estão baixos, e sua relação com as lesões por pressão pode ser devido a uma alteração na tolerância dos tecidos com a redistribuição de líquidos e formação de edema²⁷.

A Tabela 3 demonstra que a intervenção sugerida, “Proteção contra infecção”, pertencente à classe Controle de risco é definida pela Classificação das Intervenções de Enfermagem como “prevenção e detecção precoce de infecção em paciente de risco”⁵ e apresentou 18,6 % das atividades listadas pelos estudantes, mapeadas com as da NIC. Já a intervenção “Controle de infecção” pertence também ao domínio Segurança e à classe Controle de risco é definida pela Classificação das Intervenções de Enfermagem como “Minimizar a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos”⁵ e apresentou 11,1 % das atividades listadas pelos estudantes, mapeadas com as da NIC, considerando a ligação NANDA-I/NIC⁷ para o diagnóstico em estudo. Nesse sentido, a prevenção e o controle da infecção são questões inerentes para se instituir um ambiente seguro para o cuidado de saúde com os pacientes, os familiares e os funcionários. Para tanto, é fundamental que os profissionais de saúde utilizem os

equipamentos de proteção individual de maneira correta, além de técnicas assépticas no cuidado com o usuário, para evitar contaminação própria e do usuário aos seus cuidados.

Sobre a intervenção sugerida, “Supervisão” (Tabela 3), que pertence ao domínio Segurança e à classe Controle de risco e definida pela NIC como a “aquisição, a interpretação e a síntese contínuas com uma finalidade”⁵, obteve 7,7 % das atividades citadas pelos estudantes, mapeadas com as atividades da NIC. Diante do exposto, encontra-se respaldo em alguns autores que sugerem que, a cada duas horas, os enfermeiros devem fazer uma supervisão nos pacientes acamados, para que eles sejam mudados de posição, com a finalidade de inspecionar e analisar a pele nas regiões dos calcâneos, na lateral dos tornozelos e na região sacra, em busca de sinais como vermelhidão, rupturas, edemas e maceração, para prevenir lesões por pressão, principalmente naqueles com acidente vascular cerebral²⁸. Sabe-se que a supervisão é uma intervenção que permite avaliar os cuidados e garantir que sejam efetuados conforme planejado.

Quanto à intervenção “Ensino: cuidado com os pés”, que faz parte do Domínio Comportamental e da classe Educação do Paciente, que, segundo a NIC, é o “Preparo de paciente de risco e/ou pessoa significativa para oferecer cuidados preventivos dos pés”⁵, foi possível mapear 6,6 % das atividades listadas pelos estudantes.

Estudo prospectivo realizado com pacientes diabéticos, em unidade de clínica médica e cirúrgica do hospital das clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), mostrou que a maioria dos participantes do estudo cuida adequadamente dos pés, com exceção do tipo de calçados que usam, a forma como cortam as unhas e a não hidratação da pele. Isso reporta que esses pacientes ainda necessitam de intervenção sobre o ensino do cuidado com os pés, uma vez que se trata de portadores de uma doença crônica²⁹. A pesquisadora sentiu dificuldade de identificar na NIC atividades mais objetivas e claras, especialmente em relação à orientação sobre o cuidado com os pés para essa intervenção.

É importante reafirmar que, se a maioria das intervenções de enfermagem listada pelos estudantes e mapeada pela pesquisadora está no Domínio Fisiológico Complexo, essas intervenções representam o universo complexo dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente adulto ou idoso com o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, considerado como um cuidado complexo mais flexível

e humano, que privilegia o usuário como o centro da cena do cuidado, o ser humano complexo capaz de fazer escolhas e participar ativamente da assistência que lhe é prestada³⁰.

Diante do exposto, entende-se que mapear as atividades listadas por estudantes concluintes do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem com as descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma importante fonte de consulta para embasar a formação do futuro enfermeiro, bem como subsidiar os planos de cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados neste estudo respondem ao objetivo da pesquisa, na medida em que foi obtida dos estudantes de enfermagem uma lista de atividades de enfermagem para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, que comparadas com as apresentadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem, permitiu mapear 32 intervenções e 78 atividades.

Os achados contribuirão para fortalecer e ampliar a padronização da linguagem em Enfermagem, uma vez que houve confirmação na listagem dos estudantes da presença das três intervenções consideradas prioritárias na ligação (Prevenção de Úlcera de Pressão, Controle da Pressão e Supervisão) para o diagnóstico supracitado, e a maioria das atividades estão concentradas no Domínio fisiológico Complexo, com cinco classes do sistema de classificação NIC. Estes achados confirmam resultados de outros estudos referidos ao longo desse trabalho.

Contudo, apesar dos estudantes de enfermagem ter contribuído para o mapeamento de intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, reconhece-se que é necessária uma abordagem do Processo de Enfermagem, com ênfase nos Sistemas de Classificação, como componente teórico-prático obrigatório do currículo de Enfermagem, para que os futuros profissionais possam desenvolver habilidades para identificar os DE e prescrever, com segurança, as intervenções. Portanto, espera-se que os dados deste estudo possam subsidiar o ensino, possibilitando discussões e reflexões e dessa forma contribuir com uma prática de enfermagem de qualidade.

Como limitação da pesquisa, destaca-se o fato de o mapeamento das atividades e intervenções de enfermagem ter sido realizado de forma manual, comparando o que foi listado pelos estudantes com o que é abordado na Classificação das Intervenções de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1- Nóbrega MML, Garcia TR. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para prática profissional. Rev Bras Enferm. Brasília.2009; 62(5).
- 2- Guedes ES, Turrini RNT, Sousa RMC, Baltar VT, Cruz DALM. Attitudes of nursing staff related to the nursing process. Rev Esc Enferm. 2012; 46. 130-7.
- 3- Andrade LT, Chianca TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. Rev Bras Enferm. 2013; 66(5): 688-93.
- 4- Brasil. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 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.
- 5- Bulechek GM, Butcher K, Dochterman JM. Nursing Interventions Classification (NIC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- 6- Nanda. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.
- 7- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. NIC Interventions Linked to 2007-2008 NANDA-I Nursing Diagnoses. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- 8- Noh HK, Lee E. Relationships among NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classifications, and nursing interventions classification by nursing students for patients in medical-surgical units in Korea. Int J Nurs Knowl. 2015; 26 (1): 43-51.

- 9- Lunney M. NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electronic health record with elementary school children. *J Sch Nurs.* 2006;22(2):94-101.

- 10- Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. *Nurs Diagn.* 1997; 8(4),137-43.

- 11- Brasil. Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

- 12- Palese A, Silvestre D, Valoppi G, Tomietto O. A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy. *Int Journal of Nursing Term and Classifications.* 2009; 20 (2), 64-75.

- 13- Zampieron A, Aldo S, Corso M. A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients admitted to a cardiology rehabilitation unit. *Int. Journal of Nurs Term and Classifications.* 2011 22 (4), 148-156.

- 14- Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(5).

- 15- Souza CA, Jericó MC, Perroca MG. Mapeamento de intervenções/atividades dos enfermeiros em centro quimioterápico: instrumento para avaliação da carga de trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(2).

- 16- Bavaresco T, Lucena AF. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC Validadas para Pacientes em Risco de Úlcera Por Pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(6).

- 17- Pereira AGS, Santos CT, Menegon DB, Mello BS, Azambuja F, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(3), 454-461.

- 18- Silva RB, Loureiro MDR, Frota OP, Ortega FB, Ferraz CCB. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital-escola. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(4): 114-120.

19 National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington. 2016. Disponível em: <<http://www.npuap.org/about-us/>>.

20- Paggiaro AO, Teixeira Neto N, Ferreira MC. Treatment of wounds: general principles. Rev Med (São Paulo). 2010; 89(3/4): 132-6.

21- Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(11), 223-8.

22- Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Mount Laurel: WOCN; 2010.

23- Bly D, Schallom M, Sona C, Klinkenberg D et al. A Model of Pressure, Oxygenation, and Perfusion Risk Factors for Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 2016; 25: 156-164.

24- Ferreira AM, Rigotti MA, Pena SB, Paula DS, Ramos IB, SasaKi VDM. Conhecimento e prática de acadêmicos de Enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. RevEsc Anna Ney. 2013; 17(2), 211-19.

25- Kalish BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. J Clin Nurs. 2014; 23 (11-12). 1486- 501.

26- Dorner B, Posthauer ME, Thomas D; National Pressure Ulcer Advisory Panel. The role of nutrition in pressure ulcer prevention and treatment: national pressure ulcer advisory panel white paper. [acesso em] 17 Dez 2015] Disponível em: <<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/Nutrition-White-Paper-Website-Version.pdf>>.

27- Serra R, Caroleo S, Buffone G et al. Low serum albumin level as an independent risk factor for the onset of pressure ulcers in intensive care unit patients. Int Wound J. 2014; 11(5), 550-553.

28- Catangui EJ, Slark J. Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care. British Journal of Nursing. 2012; 21 (13).

29- Amaral AS, Tavares DMS. Feet care: knowledge of people with diabetes mellitus. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(4): 801-10. Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a05.htm>>.

30- Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo, Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):13-23.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INTERVENÇÕES (VCI) PARA O DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA DE ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS

INTERVENTION CONTENT VALIDATION (VCI) FOR THE INTEGRITY OF RISK DIAGNOSIS OF IMPAIRED SKIN OF ADULTS AND OLDER ADULTS HOSPITALIZED

INTERVENCIÓN DE CONTENIDO DE VALIDACIÓN (VCI) POR LA INTEGRIDAD DE RIESGO DIAGNÓSTICO DE LA PIEL PERJUDICADA Y ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

RESUMO

Introdução: Simultaneamente ao desenvolvimento do Processo de Enfermagem, desenvolveram-se sistemas de classificações que possibilitaram uniformizar a linguagem, a fim de padronizar a assistência e facilitar a comunicação entre os profissionais. A padronização das intervenções de enfermagem ocorre mediante o consenso de validação das ações, que possibilita avaliar o quanto as intervenções são adequadas para a prática clínica. **Objetivo:** Validar o conteúdo das intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados por enfermeiros especialistas. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que utilizou o Modelo de Validade de Conteúdo de Intervenção (VCI), para validar as intervenções de Enfermagem, por 14 enfermeiras (*experts*), docentes e assistenciais, especialistas em Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. Os dados foram analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Em relação à temática abordada, observou-se que 100% das profissionais trabalham há mais de cinco anos, tanto em ensino e pesquisa, quanto no ensino, na pesquisa e na assistência. Evidenciou-se que 28,5% utilizam a NANDA-I e CIPE®, 21,4% utilizam NANDA-, NIC e CIPE®, e 21,4% trabalham com NANDA-I, NIC, NOC e CIPE®. Dentre as profissionais, 100% tinham título de mestre e 92,8%, de doutoras. A análise e o refinamento das intervenções pelos *experts* ocorreram em 32 intervenções. Duas foram excluídas por não tratarem de risco; 11 intervenções foram validadas como prioritárias, e 21, como sugeridas. Somente “*Supervisão da pele*” é descrita na Ligação NANDA-I/NIC, 2007 - 2008 como prioritária; das 11 intervenções validadas como prioritárias, cinco são do domínio fisiológico complexo, cinco, do domínio fisiológico básico, e um do domínio de segurança. **Conclusão:** Os resultados apontaram que as intervenções pertencem, sobretudo, aos domínios fisiológicos complexos e aos fisiológicos básicos da NIC, portanto entende-se que a assistência de enfermagem aos pacientes com o diagnóstico em questão deve ser feita visando dar suporte o funcionamento físico e ao homeostático do organismo.

Descritores: Classificação. Diagnóstico de Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Ferimentos e lesões.

ABSTRACT

Introduction: At the same time the development of the nursing process, developed ratings systems enabling the standardization of language in order to standardize care and facilitate communication among professionals. The standardization of nursing interventions is through the validation of the actions consensus enabling the evaluation of interventions are appropriate for clinical practice. **Objective:** To validate the content of nursing interventions / activities, described by nursing students to diagnose Integrity Risk of Skin Impaired of hospitalized adults and elderly, by specialist nurses. **Method:** A descriptive study with a quantitative approach that used the Model Intervention Content Validity (VCI) to validate nursing interventions for 14 nurses (experts), teachers and assistants, specialists in Nursing Diagnoses and Interventions. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0, the study was approved by the Ethics in Research Committee. **Results:** in relation to the selected theme, it was observed that 100% of professionals work more than 5 (five), both in teaching and research, and in education, research and care. It was evidenced that 28.5% use the NANDA-I and ICNP®, 21.4% use NANDA-, NIC and ICNP®, and 21.4% work with NANDA-I, NIC, and NOC ICNP®. Among the professionals, 100% had master's degrees, 92.8% physicians. The analysis and refinement of interventions by the experts occurred in 32 interventions, two were excluded for not dealing with risk; 11 interventions were validated as a priority and 21 as suggested; only "Supervision of the skin" is described in NANDA-I / NIC Connection, 2007 - 2008 as a priority; of 11 interventions validated as a priority, 05 are complex physiological domain, 05 of the basic physiological domain and 01 security domain. **Conclusion:** It was demonstrated that interventions belong mainly to the basic complex physiological and physiological areas of NIC, so it is understood that the nursing care to patients with the diagnosis in question must be carried out to support the physical functioning and homeostatic the body.

Keywords: Classification. Nursing diagnosis. Nursing care. Wounds and injuries.

RESUMEN

Introducción: Al mismo tiempo, el desarrollo del proceso de enfermería, desarrollado sistemas de clasificación que permiten la normalización de la lengua con el fin de normalizar la atención y facilitar la comunicación entre los profesionales. La estandarización de las intervenciones de enfermería es a través de la validación de las acciones consenso que haga posible la evaluación de las intervenciones son apropiadas para la práctica clínica. **Objetivo:** Validar el contenido de las intervenciones de enfermería / actividades, descritas por los estudiantes de enfermería para el diagnóstico de la Integridad de la piel perjudicada Riesgo de adultos y ancianos hospitalizados, por enfermeras especializadas. **Método:** Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo que utiliza el Modelo de Intervención de validez de contenido (VCI) para validar las intervenciones de enfermería para 14 enfermeras (expertos), profesores y asistentes, especialistas en diagnósticos e intervenciones de enfermería. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 20.0, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética

en Investigación. **Resultados:** en relación con el tema seleccionado, se observó que el 100% de los profesionales trabajan más de 5 (cinco), tanto en la enseñanza y la investigación, y en la educación, la investigación y la atención. Se evidenció que el 28,5% utiliza el 21,4% trabaja NANDA-I y CIPE®, el 21,4% utiliza Nanda, NIC y CIPE®, y con la NANDA-I, NIC y NOC CIPE®. Entre los profesionales, 100% tenían títulos de maestría, el 92,8% médicos. El análisis y el perfeccionamiento de las intervenciones de los expertos ocurrido en 32 intervenciones, dos fueron excluidos por no hacer frente al riesgo; 11 intervenciones fueron validados como una prioridad y 21 como se sugiere; Sólo "Supervisión de la piel" se describe en la NANDA-I Conexión / NIC 2007 - 2008 como una prioridad; de 11 intervenciones validadas como una prioridad, 05 son de dominio fisiológico complejo, 05 del dominio fisiológico básico y 01 dominio de seguridad. **Conclusión:** Se ha demostrado que las intervenciones pertenecen principalmente a las áreas fisiológicos y fisiológicos complejos básicos de la tarjeta de red, por lo que se entiende que los cuidados de enfermería a los pacientes con el diagnóstico en cuestión debe llevarse a cabo para apoyar el funcionamiento físico y homeostático del cuerpo.

Palabras clave: Clasificación. Diagnóstico de enfermería. Los cuidados de enfermería. Heridas y traumatismos.

INTRODUÇÃO

A multidimensionalidade do ser humano exige da Enfermagem um amplo conhecimento embasado na ciência e não somente no cuidado assistencial, embora seja a essência da profissão. Diante da necessidade de nortear as atividades de Enfermagem e implementar intervenções baseando-se no método científico, pesquisadores desenvolveram algumas teorias. No Brasil, Wanda de Aguiar Horta estimulou a utilização do Processo de Enfermagem (PE), influenciou a transição da Enfermagem empírica para a fase científica e transformou-a em ciência aplicada e independente¹. Essa autora (1979) afirmava que o Processo de Enfermagem é uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, caracterizado por inter-relação e dinamismo de suas fases. Tal método é constituído de cinco etapas: Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação. Atualmente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza que o PE seja desenvolvido em todas as instituições de saúde, visando sistematizar a assistência de Enfermagem².

Por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pode-se desenvolver um plano de cuidado com uma linguagem padronizada, a fim de qualificar o cuidado, otimizar o tempo, identificando as prioridades para a tomada de decisões,

promover um atendimento planejado e individualizado e valorizar a equipe de Enfermagem³. Em contrapartida, a maior dificuldade para executar o PE é a padronização da linguagem referente às intervenções de Enfermagem, uma vez que as ações são escritas de maneiras diferentes, mas apresentam o mesmo significado³.

Assim, tendo em vista essa problemática, desenvolveram-se sistemas de classificações que possibilitam uniformizar a linguagem, a fim de padronizar a assistência e facilitar a comunicação entre os profissionais. Em 1970, iniciou-se a utilização da taxonomia da NANDA. Simultaneamente, desenvolveram-se a *Nursing Interventions Classifications* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classifications* (NOC), que atualmente se articulam para padronizar os registros referentes a diagnósticos, intervenções e resultados⁴.

As intervenções de enfermagem foram padronizadas mediante o consenso de validação de tais ações possibilitando avaliar o quanto as intervenções são adequadas para a prática clínica. Os estudos de validação visam tornar os resultados obtidos válidos e eficientes⁵.

Nesse sentido, Garcia e Nóbrega⁶ (2004) asseveram:

Os diagnósticos, as intervenções e os resultados de Enfermagem são constituídos de conceitos que necessitam ser mais estudados, analisados e validados, motivo pelo qual o processo de validação é imprescindível no sentido de aperfeiçoá-los e legitimá-los [...]⁶

Para tanto, o “*expert*” a ser selecionado para validar o diagnóstico, a intervenção ou os resultados deve deter amplo conhecimento teórico e habilidade prática sobre o assunto em estudo. Todos os critérios utilizados para a seleção do enfermeiro “*expert*” devem ser descritos detalhadamente, porquanto tal descrição poderá ser utilizada por outros pesquisadores em estudos futuros⁷.

Importante ressaltar que os registros das intervenções e atividades de enfermagem influenciam diretamente na qualidade da assistência ofertada ao cliente. Por isso o aperfeiçoamento das anotações é um desafio enfrentado pela equipe. Entende-se, portanto, que a realização de um estudo relacionado ao planejamento da assistência pode dar uma importante contribuição no âmbito do ensino, da pesquisa e da assistência⁴. Nessa perspectiva, este estudo tem o objetivo de validar o conteúdo das intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos do Curso de

Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados por enfermeiros especialistas.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, em que se utilizou o modelo proposto por Fehring⁸ também empregado por outros pesquisadores em estudos sobre validação de Intervenções de Enfermagem, para gerar escores de Validade de Conteúdo de Intervenção (VCI) por enfermeiros *experts*.

Participaram do estudo 14 (quatorze) enfermeiros (*experts*), docentes e assistenciais especialistas em Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. A seleção respeitou os critérios propostos por Fehring⁸ e adaptados pela pesquisadora, que considerou os aspectos relevantes relacionados ao objeto de investigação (dissertação, tese e publicações científicas, que versam sobre diagnósticos e intervenções de Enfermagem).

Para tanto, analisou-se o currículo na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico, inicialmente, na base de dados “Doutores” e, posteriormente, na base “Demais Pesquisadores”, com a titulação mínima de mestre, utilizando-se o modo de busca, “Assunto” e o termo “Intervenções de Enfermagem”, respeitando-se os critérios de inclusão de 25 a 50 participantes, como número ideal, conforme propostos por Fehring⁸.

Identificaram-se 44 (quarenta e quatro) enfermeiros especialistas, e o contato com os selecionados foi feito pessoalmente, por e-mail ou por telefone. Desses, 32 (trinta e dois) aceitaram participar do estudo, entretanto, apenas 14 (quatorze) devolveram os instrumentos e o TCLE respondidos e assinados. Os critérios adotados para a seleção dos enfermeiros *experts* abrangem desde a titulação até a prática clínica desenvolvendo a temática em estudo e que obtenha pontuação entre 05 e 15 pontos, conforme descritos no quadro a seguir:

Quadro 1 – Critérios do sistema de pontuação proposto para a seleção de *experts*

CRITÉRIOS	PONTOS
Mestre em Enfermagem	4
Mestre em Enfermagem - dissertação com conteúdo relevante sobre diagnóstico e intervenção de enfermagem	1
Orientação de pesquisa na área de diagnósticos e intervenção de enfermagem	2
Doutor em Enfermagem	2
Doutorado em Enfermagem - tese com conteúdo relevante sobre diagnóstico e intervenção de enfermagem	1
Artigo publicado na área de diagnósticos e intervenção de Enfermagem em periódicos de referência	2
Prática clínica de, pelo menos, um ano de experiência profissional como enfermeiro assistencial em hospitais que utilizem o Processo de Enfermagem	1
Certificado (Especialização) na área de Sistematização da Assistência de Enfermagem	2
PONTUAÇÃO	15

Fonte: Fehring, 1994 - adaptados pela pesquisadora - João Pessoa (2016)

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: um para a classificação dos enfermeiros especialistas (*experts*) para a validação das intervenções de Enfermagem, que constou dos dados sociodemográficos e profissionais, e o outro estruturado em duas partes: a primeira faz referência aos conceitos de diagnóstico, intervenção e atividade de Enfermagem e aos fatores de risco externos e internos. A segunda, com escala intervalar, tipo Likert, com nove colunas, variáveis e pesos: discordo plenamente (0,0), discordo (0,25), neutro (0,50), concordo (0,75) e concordo plenamente (1,0), obedecendo ao que orienta Fehring⁹, com adaptação da pesquisadora.

Na primeira coluna, estão descritas as Intervenções/Atividades de Enfermagem elencadas pelos discentes do último período do Curso de Enfermagem, agrupadas por similaridade; nas duas colunas seguintes, as intervenções e as atividades mapeadas, correspondentes às da NIC (2010); na quarta, na quinta, na sexta, na sétima e na oitava colunas, encontram-se as variáveis, e na nona, o espaço para o enfermeiro “*expert*” escrever sugestões e considerações Fehring⁹.

Os dados foram analisados e processados através do Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0. Foram calculadas

as médias aritméticas de cada atividade a partir da soma dos escores atribuídos pelos “*experts*”.

Os resultados foram categorizados de acordo com o modelo de validação de Fehring⁹, e as intervenções foram classificadas como prioritárias – as que alcançaram média aritmética maior ou igual a 0,80; sugeridas - as que obtiveram média aritmética entre 0,79 e 0,51; e indicadas para nova análise em estudos futuros, as que obtiveram médias inferiores a 0,50. Vale ressaltar que, neste estudo, não houve intervenção com média igual ou inferior a 0,5, todas as intervenções foram validadas como prioritárias e sugeridas. No final, calculou-se o escore total de Validade de Conteúdo de Intervenção (VCI) para cada intervenção, somando-se com as proporções de cada atividade e calculando-se a média dos resultados Fehring⁹.

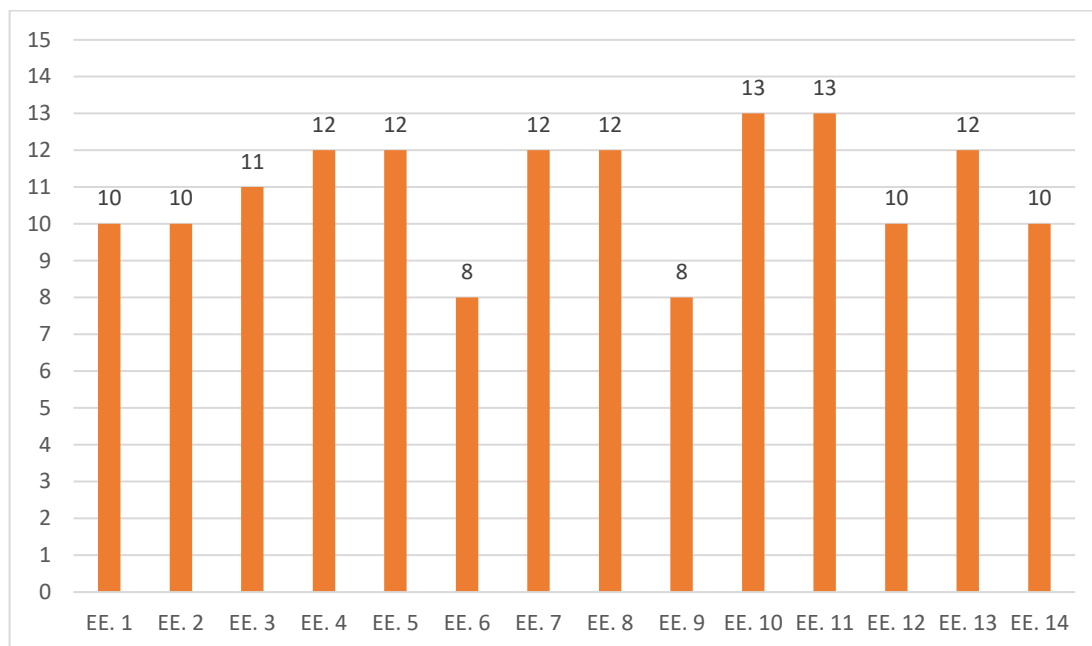
A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo de estudo (Parecer nº1.044.701) e obtido aceite dos enfermeiros participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do CNS, que trata de pesquisa com seres humanos¹⁰.

RESULTADO

No que se refere à caracterização dos enfermeiros *experts*, enfrentou-se dificuldade, inicialmente, para definir os critérios de seleção, por haver na literatura referências aos mesmos autores e sempre com adaptações dos pesquisadores. Posteriormente, por não conseguir profissionais dispostos a colaborar, em virtude da sobrecarga de trabalho e das inúmeras pesquisas que colaboram. Porém, apesar das dificuldades, seguiu-se com a pesquisa.

Participaram do estudo 14 (quatorze) enfermeiras especialistas, consideradas *experts* em diagnósticos e intervenções de enfermagem, que foram identificadas por meio de códigos alfanuméricos (EE1, ..., EE14). Foram respeitados os critérios do sistema de pontuação proposto por Fehring⁸ para selecionar enfermeiros especialistas. Observou-se que as colaboradoras atingiram a pontuação necessária, entre 08 e 13 pontos, conforme apresentado na figura abaixo.

Gráfico 1 – Pontuação dos especialistas segundo o critério proposto por Fehring (1994)



EE – Enfermeiro expert.

Fonte: Dados da pesquisa - João Pessoa (2016)

No que se refere à caracterização dos enfermeiros *experts*, 14 (100%) das colaboradoras são do sexo feminino, e suas idades variaram entre 30 e 60 anos: 10 (71,4%) das colaboradoras, com idades entre 30 e 50 anos; o tempo de experiência profissional prevalente foi de 05 a 35 anos. Em relação à área em que desenvolvem a temática do estudo, 100% trabalham há mais de cinco anos com a temática - cinco (35,7 %) no ensino e na pesquisa, e quatro (28%), no ensino, na pesquisa e na assistência. Apenas dois (14,2%) trabalham no ensino. Nenhuma colaboradora trabalha a temática exclusivamente na assistência. Sobre a utilização de sistemas de classificação, quatro (28,5%) das colaboradoras utilizam a NANDA e a CIPE®; três (21,4%) utilizam a NANDA-I, a NIC e a CIPE®, e três (21,4%) trabalham com a NANDA-I, a NIC, a NOC e a CIPE®.

No que se refere à titulação, o estudo mostrou que 92,8% são doutores, 21% desenvolveram a dissertação na temática, e 28,5% realizaram trabalhos ou atividades sobre o tema, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros expertos para validação das intervenções de Enfermagem – João Pessoa - 2015

VARIÁVEIS	NÚMERO	PPERCENTUAL
1. Titulação acadêmica		
Doutor	13	92,8
Cursando doutorado	1	7,1
2. Trabalho de conclusão de curso		
Dissertação	3	21,4
Tese	2	14,2
TCC e dissertação	1	7,1
Dissertação e tese	1	7,1
TCC, dissertação e tese	2	14,2
Monografia, dissertação e tese	3	21,4
Nenhum	2	14,2
3. Realizou trabalho ou atividade na temática		
Publicação em periódico	4	28,5
Apresentação de trabalho em evento científico	2	14,2
Publicação em periódico, publicação de trabalho e apresentação de trabalho	1	7,1
Publicação em periódico, publicação de trabalho, apresentação de trabalho e dissertação	1	7,1
Todos	1	7,1
Outros	2	14,2
Nenhum	3	21,4
4. Realiza trabalho ou atividade na temática		
Publicação em periódico	1	7,1
Apresentação de trabalho em eventos científicos	2	14,2
Dissertação de Mestrado, tese de Doutorado, publicação em periódicos/revistas, publicação de trabalho de pesquisa e apresentação de trabalho em eventos científicos.	1	7,1
Dissertação de Mestrado, publicação em periódicos/revistas, publicação de trabalho de pesquisa e apresentação de trabalho em eventos científicos	1	7,1
Outros	4	28,5
Nenhum	5	35,7

Fonte: Pesquisa de campo - João Pessoa - 2016

Ainda sobre os dados demográficos e profissionais das colaboradoras, apresentados na tabela 1, observou-se que 14 (100%) têm título de mestre, e dessas, 13 (92,8%) são doutoras; em relação à produção científica, seis (48,8%) desenvolveram suas monografias, dissertações e teses na área temática, quatro

(28,5%) têm publicação em periódico de circulação nacional e/ou internacional, e quatro (28,5%) têm publicações de outros tipos, como por exemplo, anais de eventos.

O resultado da análise e do refinamento das Intervenções/Atividades de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, a partir do mapeamento cruzado das Atividades/Intervenções descritas por graduandos de Enfermagem, encontra-se apresentado em tabelas com frequência, média ponderada, mediana e desvio-padrão e discutido, levando em consideração as intervenções de enfermagem.

Das 49 Intervenções de Enfermagem da NIC, indicadas na ligação NANDA-I/NIC)¹¹ para o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de integridade da pele prejudicada, foram mapeadas pela pesquisadora 34 Intervenções de Enfermagem e 85 atividades contidas nas intervenções. Porém a análise e o refinamento pelos enfermeiros especialistas ocorreram em 32 atividades, pois duas intervenções (cuidado com lesões e cuidados com úlcera de pressão), e sete atividades foram excluídas por não tratar de risco, mas da lesão já instalada. Dessas, 24 encontravam-se na ligação NANDA-I/NIC, e oito, fora dessa ligação.

Em relação aos domínios e às classes, foram mapeadas 14 intervenções do Domínio Fisiológico Complexo das classes: G (Controle eletrolítico e ácido básico), H (Controle de medicamentos), J (Cuidados perioperatórios), L (Controle de pele/feridas), N (Controle da perfusão tissular); 12 intervenções do Domínio fisiológico básico das classes: A (Controle da atividade e do exercício), C (Controle da Imobilidade), D (Apoio nutricional), F (Facilitação do autocuidado); uma intervenção do domínio comportamental, da classe S (Educação do paciente) e cinco intervenções do Domínio de Segurança da classe V (Controle de risco). 10 atividades não foram mapeadas pela pesquisadora, por não apresentarem correlação com as propostas da NIC, porém foram analisadas pelos enfermeiros especialistas.

Das 32 intervenções de enfermagem da NIC, como resultados da validação, obtiveram-se 11 intervenções validadas como prioritárias com média ponderada $\geq 0,80$ e 21 validadas como sugeridas com média ponderada $>0,51$ e $<0,79$. Não houve intervenções com média ponderada menor ou igual a 0,50.

Tabela 2 – Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, com média $\geq 0,80$, analisados e refinados pelos enfermeiros especialistas – João Pessoa - 2015

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO-PADRÃO
Monitoração de sinais vitais (SSVV)*	0,88	1,00	0,06
Banho*	0,84	1,00	0,06
Assistência no autocuidado: banho e higiene***	0,86	1,00	0,08
Terapia para deglutição***	0,86	0,94	0,11
Cuidado da pele: tratamentos tópicos**	0,83	1,00	0,08
Cuidados circulatórios: insuficiência venosa***	0,83	1,00	0,08
Posicionamento transoperatório**	0,81	1,00	0,08
Supervisão da pele +	0,81	1,00	0,13
Cuidado com o repouso no leito*	0,80	1,00	0,08
Controle da nutrição*	0,80	0,88	0,10
Controle hidroeletrólítico*	0,80	0,88	0,24

* Intervenções de Enfermagem descritas na NIC como adicionais optativas pela ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

** Intervenções de Enfermagem descritas na NIC como sugeridas pela ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

*** Intervenções de Enfermagem descritas na NIC, fora da ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008 para o diagnóstico em estudo.

+ Intervenções de Enfermagem também descrita na NIC como prioritária pela ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

Fonte: Pesquisa de campo

Das 11 intervenções de Enfermagem validadas pelos enfermeiros especialistas como prioritárias, apenas “*Supervisão da pele*” é descrita na Ligação NANDA-I/NIC¹¹ como prioritária. As intervenções “*Posicionamento transoperatório*” e “*Cuidados da pele: tratamentos tópicos*” foram validadas neste estudo como prioritárias, entretanto são indicadas na NIC como sugeridas. As intervenções “*Monitoração de sinais vitais (SSVV)*”, “*Banho*”, “*Cuidado com o repouso no leito*”, “*Controle da nutrição*” e “*Controle hidroeletrólítico*” são descritas na Ligação NANDA-I/NIC como adicionais optativas. As intervenções “*Assistência no autocuidado: banho/higiene*”, “*Terapia para deglutição*” e “*Cuidados circulatórios: insuficiência venosa*” não estão indicadas na ligação NANDA-I/NIC para o diagnóstico em estudo, contudo foram mapeadas com intervenções da NIC e validadas como prioritárias pelas enfermeiras *experts*.

As 21 intervenções de Enfermagem validadas como sugeridas obtiveram médias ponderadas entre 0,51 e 0,79, conforme demonstrado na tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Escores relativos às intervenções de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, com média entre 0,51 e 0,79, analisados e refinados pelos enfermeiros especialistas – João Pessoa, 2015.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO-PADRÃO
Assistência no autocuidado	0,79	0,94	0,04
Cuidados com os pés	0,79	0,88	0,14
Ensino: cuidados com os pés	0,78	0,88	0,06
Posicionamento	0,78	1,00	0,07
Prevenção de úlcera de pressão	0,78	0,88	0,09
Controle da pressão	0,78	0,75	0,39
Supervisão +	0,77	0,88	0,09
Proteção contra infecção	0,77	1,00	0,06
Controle hídrico	0,76	0,88	0,09
Cuidados com o local da incisão	0,76	0,88	0,07
Precauções circulatórias	0,76	1,00	0,07
Terapia com exercício: deambulação	0,75	0,88	0,20
Monitoramento das extremidades inferiores	0,75	0,75	0,34
Administração de medicamentos: tópica	0,73	1,00	0,01
Controle de infecção	0,72	0,88	0,04
Terapia nutricional	0,71	0,88	0,10
Controle de eletrólitos: hipernatremia	0,69	0,75	0,05
Punção venosa	0,68	0,75	0,04
Terapia com exercício: cont. Muscular	0,63	0,75	0,44
Terapia com exercício: mobilidade articular	0,63	0,75	0,44
Contenção física	0,63	0,75	0,04

+ Intervenções de Enfermagem também descritas na NIC como prioritária pela ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

* Intervenções de Enfermagem descritas na NIC como adicionais optativas pela ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

** Intervenções de Enfermagem descritas na NIC como sugeridas pela ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

*** Intervenções de Enfermagem descritas na NIC fora da ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008 para o diagnóstico em estudo.

Fonte: Pesquisa de campo

DISCUSSÃO

Das 11 intervenções de enfermagem validadas como prioritárias, cinco pertencerem ao domínio fisiológico complexo (cuidados que dão suporte à regulação homeostática), e as demais abrangem o domínio fisiológico básico (cuidados que dão suporte ao funcionamento físico), com cinco intervenções e o domínio de segurança (cuidados que dão suporte à proteção contra danos), com uma intervenção. Outro

aspecto que mereceu destaque foi a validação como prioritária das intervenções “Assistência no autocuidado: banho/higiene”, “Terapia para deglutição” e “Cuidados circulatórios: insuficiência venosa”, que foram mapeadas fora da ligação NANDA-I/NIC, para o DE Risco de integridade da pele prejudicada¹² e obtiveram escore maior ou igual a 8,0, levando-nos a refletir sobre a importância dessas intervenções para o diagnóstico em estudo.

No que se refere à intervenção “*Monitorização dos sinais vitais*”, pertence à classe V - controle de risco – que tem reconhecida relevância por subsidiar o enfermeiro para realizar um diagnóstico de risco como o estudado durante a avaliação da temperatura corporal e a condição circulatória¹³, na presente pesquisa foi validada pelas enfermeiras experts como prioritária, alcançando escore superior a 8,0.

A intervenção “*Banho*” refere-se à higienização da pele, que necessita estar limpa, sem umidade e hidratada para diminuir o risco de lesões e da invasão de microorganismos^{14,15}. Sobretudo, durante o banho, a Enfermagem tem a possibilidade de avaliar a integridade da pele e promover alívio nas fontes de pressão com estimulação da circulação e reposicionamento do paciente¹³. Assim, essa intervenção é sobremaneira pertinente, visto que auxiliará a prevenir as lesões de pele.

Quanto à intervenção “*Controle da nutrição*”, é de extrema importância para manter o organismo com aporte nutricional adequado e otimizar a capacidade de manter a integridade da pele, além de contribuir para regenerar e processar sua cicatrização¹⁶.

A intervenção “*Assistência no autocuidado: banho/higiene*”, definida como auxílio ao paciente para a realização de sua higiene pessoal¹⁶, encontra-se fora da ligação para o diagnóstico em estudo, porém tem sua importância explicada pelo fato de que, durante o auxílio no banho, possibilita ao enfermeiro inspecionar a pele do paciente e avaliar as áreas de risco de desenvolvimento de lesão¹³.

No que diz respeito à intervenção “*Terapia para deglutição*”, conceituada como auxílio da deglutição e prevenção de complicações decorrentes de uma deglutição prejudicada¹⁷, apesar de ter sido validada como prioritária, só dispõe de duas atividades para o diagnóstico estudado, que estão relacionadas à hidratação do paciente, o que denota que o foco da intervenção está no quesito hidratação do paciente, e não, na intervenção da terapia para deglutição.

A intervenção *“Cuidados da pele: tratamentos tópicos”*, definida como a administração de substâncias e manuseio de dispositivos para a promoção da integridade da pele e minimização da degradação da pele, é considerada como sugerida na ligação NIC-NANDA-I¹¹, porém, neste estudo, assim como no de Bavaresco e Lucena⁷, foi validada como prioritária. É importante enfatizar que a utilização de produtos tópicos pode modificar ou preservar a integridade da pele¹⁷.

Em relação à intervenção *“Cuidados circulatórios: insuficiência venosa”*, que se encontra fora da ligação NIC-NANDA-¹¹, foi validada como prioritária para o presente estudo, e é conceituada como “promoção da circulação venosa”. A insuficiência venosa crônica é uma patologia caracterizada pela incapacidade de manter o equilíbrio entre o fluxo sanguíneo que chega ao membro inferior e o seu retorno, o que pode ocasionar alterações como hiperpigmentação, presença de veias varicosas, edema depressível, eczema, úlceras ativas ou cicatrizadas e lipodermatoesclerose¹⁸. Por esse motivo, essa intervenção tão importante para esse diagnóstico deve ser acrescentada na ligação.

A intervenção *“Posicionamento transopertório”*, que é a mobilização do paciente para a exposição durante o procedimento cirúrgico e a redução de desconforto e complicações¹⁶, encontra-se como sugerida pela ligação NIC/ NANDA-I¹¹, porém, neste estudo, foi validada como prioritária. Vale ressaltar que o posicionamento inadequado do paciente, durante um longo período de tempo, como durante o procedimento operatório, aumenta a pressão sobre a superfície corporal e facilita a ruptura da integridade da pele¹⁹.

Em relação à intervenção *“Supervisão da pele”* - a coleta e a análise dos dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas, que é considerada prioritária para a ligação NANDA-I/NIC¹¹, também foi validada dessa forma por este estudo. É fundamental que o enfermeiro identifique os pacientes que têm mais chance de desenvolver lesões, para tomar medidas preventivas²⁰. Entende-se que a supervisão acurada da pele permite que o enfermeiro realize cuidados preventivos eficientes e evite quaisquer tipos de lesão.

A intervenção de Enfermagem *“Cuidados com o repouso no leito”*, definida como “promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações do paciente incapaz de sair do leito”¹⁷, faz parte do Domínio Fisiológico básico/Controle de imobilidade, classe C e é indicada pela ligação NANDA - I/NIC¹¹ como uma

intervenção adicional, contudo os cuidados com o paciente que se encontra restrito ao leito são fundamentais para prevenir qualquer ruptura na pele. A importância dessa intervenção para o diagnóstico em estudo se confirma no resultado da análise das enfermeiras *experts*, que a classificaram como intervenção prioritária, assim como, por meio do mapeamento cruzado, que correlacionou 24,0% das ativadas listadas por graduandos de Enfermagem com as descritas na NIC.

A intervenção de Enfermagem “*Controle hidroeletrolítico*”, classificada como prioritária pelos enfermeiros *experts* neste estudo, faz parte do Domínio Fisiológico complexo/Controle eletrolítico e ácido básico, Classe G, porém se encontra na condição de intervenção adicional na ligação NANDA - I/NIC¹¹ e é conceituada como “regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e ou eletrólitos”¹⁷. É importante ressaltar que o desequilíbrio hidroeletrolítico ocasiona perdas excessivas de líquidos e eletrólitos, assim como ganhos desnecessários que predispõem o paciente a desidratação ou edema e o tornam susceptível a infecções e lesões. Tanto os cuidados com o repouso no leito quanto o controle hidroeletrolítico podem comprometer a pele, caso não sejam adequadamente cuidados.

Validar um diagnóstico, uma intervenção ou um resultado de enfermagem faz referência ao nível em que eles representam o problema do paciente, ao estabelecimento de cuidados necessários previstos a partir do julgamento clínico e do conhecimento do enfermeiro assim como da avaliação do paciente, da família ou da comunidade²¹.

Entende-se que as intervenções que foram validadas como prioritárias, neste estudo, são plenamente utilizáveis para manter a integridade da pele. Algumas diferenças em relação à categoria da intervenção, que são descritas na ligação NANDA - I/NIC¹¹, como adicionais ou sugeridas e foram validadas como prioritárias neste estudo, devem-se à listagem do graduando de Enfermagem sobre a condição do paciente adulto ou idoso hospitalizado, somada com a avaliação do enfermeiro *expert*.

Convém enfatizar que o índice geral de validade de conteúdo de intervenção (VCI) foi de 0,78, e a taxa geral de concordância entre os *experts*, de 0,53, portanto, considerada regular.

Em relação às 21 intervenções validadas como sugeridas, duas (“Prevenção de úlcera de pressão” e “Controle da pressão”), que são indicadas pela ligação NANDA – I/NIC¹¹ como prioritárias, foram validadas como sugeridas, com escore de 0,78. Constatou-se que as intervenções de enfermagem “Assistência no autocuidado” e “Cuidado com os pés” pertencentes ao Domínio Fisiológico Básico, classe F – facilitação do autocuidado, tiveram 24,9% de suas atividades mapeadas com as listadas pelos graduandos de Enfermagem, ambas obtiveram escore 0,79 e foram validadas como sugeridas pelas *experts*. Ressalta-se que a “Assistência no autocuidado” não consta na ligação NANDA – I/NIC¹¹ para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, mas “Cuidados com os pés” é descrita também na ligação como sugerida.

É importante mencionar que a “Assistência no autocuidado”, definida como “assistência e instruções a pessoas para que façam as atividades instrumentais da vida diária necessárias ao funcionamento em casa ou na comunidade”¹⁷, favorece para que o paciente realize suas atividades diárias, mas permite que o enfermeiro interfira quando houver necessidade, para evitar possíveis acidentes. Já em relação aos cuidados com os pés, entende-se de fundamental importância o cuidado com unhas, mantendo-as sempre limpas e cortadas, além de cuidados de hidratação com os calcanhares e a pele, para evitar lesões e infecções, especialmente em pacientes idosos, com comprometimento metabólicos e cardiovascular. Estudos como os de Lucena, Gutierrez, Echer e Barros²² e Bavaresco⁷ fazem referência às intervenções da “Facilitação do autocuidado como importantes em diversos DE.

A intervenção de enfermagem “Ensino: cuidados com os pés” foi validada como sugerida e ficou na mesma categoria que se encontra na ligação. Apesar de essa intervenção integrar o domínio comportamental, a preocupação é pelos mesmos motivos mencionados em relação aos Cuidados com os pés, com destaque para a Orientação ao paciente.

Outra intervenção validada como sugerida foi “Posicionamento”, “definida como “posicionamento deliberado do paciente ou de parte do corpo do paciente, para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico” pertencente ao Domínio Fisiológico Básico, Controle da Imobilidade. Essa intervenção é descrita na ligação NANDA-I/NIC¹¹ da mesma forma. Corroborando a importância dessa intervenção, estudos afirmam que o mau posicionamento do paciente e/ou a longa permanência em uma

mesma posição favorece a pressão sobre áreas do corpo. Portanto, é necessário reposicionar o corpo ou usar colchão e/ou cadeira para afastá-lo de superfícies duras⁷.

Além das intervenções descritas acima, “Supervisão”, “Proteção contra infecção” e “Controle de infecção” do Domínio de Segurança, Controle de risco; “Cuidados com o local da incisão”, “Precauções circulatórias”, “Monitoramento das extremidades inferiores” e “Administração de medicamentos: tópica” do Domínio Fisiológico Complexo; “Terapia com exercício: deambulação”, “Terapia com exercício: controle muscular” e Terapia com exercício: mobilidade articular, pertencentes ao Domínio Fisiológico Básico foram validadas com sugeridas, conforme se encontram na ligação NANDA-I/NIC¹¹.

A intervenção “Terapia nutricional”, do Domínio Fisiológico Básico, Apoio nutricional, foi validada como sugerida, porém, na ligação NANDA-I/NIC¹¹, é descrita como adicional. As demais intervenções: “Controle hídrico”, “Controle de eletrólitos: hipernatremia” e “Punção venosa” pertencem ao Domínio Fisiológico Complexo, e “Contenção física”, do Domínio de Segurança, não constam na ligação NANDA-I/NIC¹¹ para o diagnóstico em estudo.

Esse conjunto de intervenções validadas como prioritárias e sugeridas, predominantemente nos Domínios Fisiológicos Complexos e Fisiológico Básico da NIC, todas envolvendo cuidados diretos ou indiretos com a pele, evidenciam a preocupação do enfermeiro com a prevenção de lesões e nos faz concluir que a prática da Enfermagem está diretamente voltada para a resolução de problemas que requerem intervenções para o suporte do funcionamento físico e homeostático do organismo.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou validar as Intervenções/Atividades de enfermagem descritas por graduandos do Curso de Enfermagem, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados. Dentre as 34 intervenções submetidas à análise dos *experts*, 32 foram validadas e pertencem a quatro dos sete domínios da NIC. Utilizando os critérios propostos por Fehring, 11 intervenções foram validadas como prioritárias, e 21, como sugeridas. Em relação aos

critérios de seleção dos *experts*, utilizaram-se os recomendados por Fehring, com adaptações da pesquisadora.

Segundo os enfermeiros *experts*, as intervenções prioritárias são: “Monitoração de sinais vitais (SSVV)”, “Banho”, “Assistência no autocuidado: banho e higiene”, “Terapia para deglutição”, “Cuidado da pele: tratamentos tópicos”, “Cuidados circulatórios: insuficiência venosa”, “posicionamento transoperatório”, “supervisão da pele”, “cuidado com o repouso no leito”, “controle da nutrição” e “controle hidroeletrólítico. Essas ações são indispensáveis para manter a integridade da pele.

Entre as intervenções consideradas pelos *experts* como sugeridas, estão: “Assistência no autocuidado, cuidado com os pés”, “Ensino: cuidados com os pés”, “posicionamento”, “prevenção de úlcera por pressão”, “controle da pressão”, “supervisão”, “proteção contra infecção”, “controle hídrico”, “cuidado com o local da incisão”, “precauções circulatórias”, “terapia com exercício: deambulação”, “monitoramento das extremidades inferiores”, “administração de medicamentos: tópica”, “controle de infecção”, “terapia nutricional”, “controle de eletrólitos: hipernatremia”, “punção venosa”, “terapia com exercício: controle muscular”, “terapia com exercício: mobilidade articular”, e “retenção física”.

O estudo apontou que as intervenções pertencem, sobretudo, aos Domínios Fisiológicos Complexo e Fisiológico Básico da NIC, portanto entende-se que a assistência de enfermagem aos pacientes com o diagnóstico em questão deve ser realizada visando ao suporte do funcionamento físico e homeostático do organismo.

Esses resultados denotam que é preciso utilizar a NIC na prática de enfermagem, por meio de uma abordagem teórico-prática durante a formação, ensinando aos futuros profissionais conteúdos que os estimulem a desenvolver o raciocínio crítico e a tomar decisões, a fim de que possa implementar o PE e utilizar os Sistemas de Classificação da Prática assistencial, com vistas a melhorar o cuidado dispensado ao usuário.

Tais resultados serão divulgados para os colaboradores da pesquisa, por meio de publicação em periódicos de circulação nacional e internacional. Além disso, a pesquisadora se compromete em fortalecer essa temática na graduação e encaminhar os resultados obtidos para o Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Como recomendação para pesquisas futuras, apontamos a realização de estudos semelhantes, que focalizem os enfermeiros em sua prática diária nos diferentes serviços.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo RM de, Zem-Mascarenhas SH, Napoleão AA, Camargo AB. Caracterização da produção do conhecimento sobre a sistematização da assistência de Enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40 (2): 299-303.
2. Brasil. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 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.
3. Paiano LAG, Matos FGOA, Richetti MAA, Casarolli ACG, Girardello DTF, Barbosa HB et al. Padronização das ações de enfermagem prescritas para pacientes clínicos e cirúrgicos em um hospital universitário. *Rev. Enferm. Cent O Min*. 2014; 3 (4): 1336- 1348.
4. Linch GFC, Müller-Staub M, Rabelo ER. Qualidade dos registros de enfermagem e linguagem padronizada: revisão de literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2010; 9 (2).
5. Mata LRF da, Carvalho EC de Napoleão AA. Validação por perito de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20: 36- 44.
6. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Ver. Enferm* 2009; 13 (1). 188- 193.
7. Bavaresco T. Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada para pacientes em risco de úlcera por pressão. (Dissertação de Mestrado online) Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012 [acesso em 08 de ago. 2016]. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/49104>>.

8. Fehring, RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M. (Ed) Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994. 55 - 62.

9. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart e Lung; 1987; 16 (6), 625-629.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP. Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

11. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. NIC Interventions Linked to 2007-2008 NANDA-I Nursing diagnoses. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

12. Farias J. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990.

13. Bavaresco T, Lucena AF. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enferm[Internet]. 2012; 20 (6): 1109-1116. [acesso em 09 ago 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600013>>.

14. Goulart FM, Ferreira JA, Santos KAA, Morais VM, Freitas Filho GA. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. Ver. Objetiva. 2008; 4:85-97.

15. Baumgarten M, Margolis D, Orwiq D, Hawkes W, Rich S, Langenberg P et al. Use of pressure-redistributing support surfaces among elderly hip fracture patients across the continuum of care: dherence to pressure ulcer prevention guidelines. Gerontologist. 2010; 50 (2): 253-62.

16. Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive validity of the Braden Scale for pressure ulcer risk in critical care patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):50-7.

17. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Elsevier. 5 ed. Rio de Janeiro. 2010.

18. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e do tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. *RevEscEnferm USP*. 2009;43(11):223-228.
19. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2010; [acesso 9 ago 2016]; 18(6): [10 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf>.
20. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013; 34(2): 21-28. [acesso em 09 Ago 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000200003&lng=en>.
21. Chianca, TCM. A pesquisa em Enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática. In: Tannure MC; Gonçalves AMP. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 168.
22. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem set-out 2010*;18(5): [09 telas].

6 CONCLUSÃO DA TESE

Os objetivos do estudo foram atingidos, pois foram mapeadas 32 intervenções e 78 atividades de enfermagem com as intervenções/atividades propostas pela NIC para o DE Risco de integridade da pele prejudicada, com base na ligação NANDA-I/NIC, para adultos e idosos hospitalizados. Dessas, 24 intervenções estão contidas na ligação, e oito, fora dela.

Dos sete Domínios descritos na NIC, quatro foram mapeados: Domínio Fisiológico Complexo (14 intervenções); Domínio Fisiológico Básico (12 intervenções); Domínio Comportamental (uma intervenção) e Domínio de Segurança (cinco intervenções). Ressalta-se que 10 atividades listadas pelos graduandos de Enfermagem não foram mapeadas por não apresentarem nenhuma correlação com as atividades descritas na NIC.

Na ligação NANDA-I/NIC, para o diagnóstico Risco da integridade da pele prejudicada, constam as seguintes intervenções mapeadas: Cuidado com os pés, Terapia com exercícios: Deambulação, Terapia com exercício: Controle muscular, Terapia com exercício: Mobilidade articular, Banho, Posicionamento, Terapia nutricional, Controle da nutrição, Cuidado com o repouso no leito (Domínio fisiológico básico); Prevenção de úlcera por pressão, Controle da pressão, Supervisão da Pele, Administração de Medicamento: Tópicos, Controle hidroeletrolítico, Posicionamento intraoperatório, Cuidado com o local da incisão, Cuidado com a pele: Tratamentos tópicos, Monitoramento das extremidades inferiores, Precauções circulatórias (Domínio fisiológico complexo); Supervisão, Controle de infecção, Proteção contra infecção, Monitoramento de sinais vitais e Ensino: cuidado com os pés (Domínio comportamental).

As intervenções mapeadas que não constam na referida ligação são: Assistência ao autocuidado: Banho e higiene, Assistência no autocuidado, Terapia de deglutição (Domínio fisiológico básico); Controle de eletrólitos: Hipernatremia, Controle hídrico, Cuidados circulatórios: Insuficiência venosa, Punção venosa (Domínio fisiológico complexo) Contenção física (Domínio de segurança).

Constatou-se que as atividades listadas pelos graduandos se concentraram nas intervenções prioritárias, com exceção de “Cuidados com o repouso no leito” que,

na ligação, é descrita como intervenção adicional, mas, neste estudo, obteve um grande número de atividades mapeadas com as da NIC.

As atividades relacionadas à avaliação e à supervisão da pele, listadas pelos graduandos, foram mapeadas com atividades de nove intervenções de enfermagem da NIC, assim como as atividades relativas à mudança de decúbito foram mapeadas com atividades de seis intervenções da NIC, incluindo as da categoria prioritária.

Neste estudo, destacou-se como achado significativo o mapeamento de atividades referentes à “facilitação do autocuidado” nas intervenções: “Assistência no autocuidado: banho/higiene”, “Assistência no autocuidado” - fora da ligação NANDA – I/NIC, “Cuidado com os pés”, descrita na ligação como sugerida, e “Banho”, listada na ligação como intervenção adicional.

No que se refere ao mapeamento cruzado, ao ser submetido o resultado às enfermeiras *experts* para análise e refinamento, obtiveram-se onze intervenções de enfermagem validadas como prioritárias, e 21, como sugeridas. Quanto às validadas como prioritárias, como “Supervisão da pele”, por exemplo, mantiveram-se prioritárias, conforme consta na Ligação. “Posicionamento transoperatório” e “Cuidados da pele: tratamentos tópicos” são indicados na NIC como sugeridas; “Monitoração de sinais vitais (SSVV)”, “Banho”, “Cuidado com o repouso no leito”, “Controle da nutrição” e “Controle hidroeletrolítico” aparecem como adicionais optativas, ou seja, as que podem ser utilizadas em alguns casos. E as intervenções “Assistência no autocuidado: banho/higiene”, “Terapia para deglutição” e “Cuidados circulatórios: insuficiência venosa” não estão indicadas na ligação NANDA-I/NIC para o diagnóstico em estudo, contudo foram mapeadas com intervenções da NIC e validadas como prioritárias pelas enfermeiras *experts*.

Foi possível observar que a maioria das intervenções descritas pelos graduandos e mapeadas com a NIC (além das que foram validadas como prioritárias pelos enfermeiros *experts*) estão inseridas no Domínio Fisiológico, o que nos faz inferir que o foco dos estudantes e dos enfermeiros está pautado na dimensão biologicista, portanto nos reforça a ideia de que a formação ainda está direcionada ao modelo médico-centrado, negligenciando os aspectos humanísticos do indivíduo.

Observou-se que as intervenções “Prevenção de úlcera de pressão” e “Controle de pressão”, que tiveram o maior número de atividades listadas pelos estudantes e mapeadas pela pesquisadora, não foram validadas como prioritárias pelos

enfermeiros *experts*. Contudo, a intervenção “Cuidados com o repouso no leito” foi destaque na indicação dos estudantes e na validação das enfermeiras. Acredita-se que esse resultado se deva ao fato de os estudantes e os profissionais se preocuparem com a mobilidade do paciente, uma vez que a pesquisa se refere aos cuidados preventivos para lesões em adultos e idosos hospitalizados.

Os resultados mostraram, ainda, que as intervenções de enfermagem “Banho”, “Assistência no Autocuidado: banho e higiene”, “Assistência no Autocuidado” e “Cuidado com os pés” do domínio fisiológico básico – Classe F – Facilitação do Autocuidado foram validadas pelas enfermeiras *experts* como prioritárias e sugeridas respectivamente. Essas intervenções também foram destacadas pelos estudantes de Enfermagem. Entende-se que o motivo da ênfase nessas intervenções deve-se ao fato de elas serem diretamente ligadas ao cuidado com a pele e de a não realização do cuidado predispor ruptura na integridade da pele.

Os resultados desta investigação demonstraram a importância de se validar o conteúdo de intervenções da NIC, uma vez que ela se encontra em fase de refinamento, e isso reforça o entendimento de que estudos como esse podem embasar e colaborar para ampliar o conhecimento e melhorar a qualificação dessa classificação. Entretanto revelaram que o estudante de Enfermagem não conhece a Classificação das Intervenções de Enfermagem e as listaram levando em consideração a prática realizada ao longo da formação. Essa percepção impulsiona a pesquisadora a propor a inserção de conteúdos que abordem de forma efetiva essa temática.

Ressalta-se, contudo, que as enfermeiras *experts* evidenciaram a necessidade de se reverem algumas intervenções e de adequá-las à realidade brasileira, pois foi possível perceber que muitas das intervenções não são indicadas na ligação NANDA - I/NIC para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, com o mesmo nível de importância que é atribuído em nossa realidade.

Por essa razão, entendemos que as contribuições desta tese abrangem a prática assistencial da Enfermagem, uma vez que foram validadas intervenções fundamentais ao cuidado da pele, e subsidia o ensino, porquanto pode facilitar o aprendizado de estudantes e profissionais da Enfermagem por meio da aplicação dos resultados encontrados, na perspectiva de aproximar a teoria da prática. Também poderá resultar em pesquisas futuras na área de Enfermagem, abordando esse e

outros temas, ou intervenções para outros diagnósticos, como, por exemplo, a intervenção “Posicionamento”, considerado sugerido e “Assistência no autocuidado: banho e higiene”, que não estava descrita na NIC para esse diagnóstico.

Como fatores limitantes do estudo, cita-se o tamanho da amostra de *experts*, visto que, apesar de se ter pretendido envolver um número superior, não houve adesão dos convidados, como esperado. Entretanto, considera-se que os resultados foram positivos, uma vez que contribuíram para aprofundar o conhecimento dessa temática e revelaram aspectos importantes a serem considerados no julgamento clínico para a escolha da intervenção mais adequada.

Por fim, a pesquisadora se compromete em aprofundar estudos sobre os Sistemas de Classificações, incentivar e reforçar o ensino desses conteúdos na formação profissional em Enfermagem e enviar os resultados desta tese para o Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

REFERÊNCIAS

- 1- Koop RJ, Germani ARM. Processo de Enfermagem: real ou imaginário. Rev Vivências (Rev Eletrônica de Extensão da URI). 2006; 143-154: 1(2).
- 2- Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU. 1979.
- 3- Brasil. Lei federal nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº 9273, 26 de junho de 1986.
- 4- Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, organizadores. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. 1. ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004; 37-63: 2.
- 5- Carvalho EC, Bachion MM. Processo de Enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de Enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(3).
- 6- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009. Normatiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem como modelo assistencial privativo do enfermeiro. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.
- 7- Kelly MA. Nursing diagnosis source book: guidelines for clinical application. Norwalk, Appleton-Century Crofts. 1985.
- 8- Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3. ed. St Louis: Mosby, 1994; 35-44.
- 9- Nanda. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed; 2000. 184 p.
- 10- Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990.

11- Nanda. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012- 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.

12- Mccloskey JC, Bulechek GM, (organizadores). Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC). Trad. Regina Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

13- Bulechek GM, Butcher K, Dochterman JM. Nursing Interventions Classification (NIC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

14- Park HT, Lu DF, Konicek D, Delaney C. Nursing interventions classification in systematized nomenclature of medicine clinical terms: a cross-mapping validation. Comput Inform Nurs. 2007; 25 (4). 198-208.

15- Cordova PB, Lucero RJ, Hyun S, Quinlan P, Price K, Stone PW. Using the nursing interventions classification as a potential measure of nurse workload. J. Nurse Care Qual. 2010; 25 (1) 39-45.

16- Cirylo RMZ. Intervenções de enfermagem para situações de volume de líquidos deficientes: aplicabilidade (NIC) no atendimento avançado pré-hospitalar móvel. (Tese de Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.

17- Salgado PO. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem de pacientes internados em uma UTI – adulto. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

18- Herrera DEH. Risco de quedas: intervenções de enfermagem (NIC) identificadas por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.

19- Oliveira JS. Risco de quedas: aplicabilidade de intervenções de enfermagem (NIC) em adultos e idosos hospitalizados. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2013.

20- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. NIC Interventions Linked to 2007-2008 NANDA-I Nursing Diagnoses. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

- 21- Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 22- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2010.
- 23- Polit, DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: aplicação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 24- Alyrio RD. Metodologia Científica. PPGEN: UFRRJ, 2008.
- 25- Delaney C, Moorhead S. Synthesis of methods, rules, and issues of standardizing nursing intervention language mapping. NursDiagn; 1997. 8 (4). 152-156.
- 26- Nonino FOL, Napoleão AA, Carvalho EC, Petrilli FJF. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de Enfermagem: uma revisão da literatura. Rev. bras. enferm. [Online]. 2008; 61 (6). 872-877. ISSN 0034-7167.
- 27- Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em Enfermagem. Acta Paul Enfermagem, São Paulo; 2005. 18 (1).
- 28- Meneses LBA. Integração docente assistencial na graduação em Enfermagem, à luz da história oral, João Pessoa; 2002. 132 p.
- 29- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP. Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- 30- Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1994; 55-62.
- 31- Johnson M, Maas M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). KOOP, Porto Alegre: Artmed. 2004. 2. ed.
- 32- Fehring R. Validation - validating diagnostic labels: standardized methodology. In Hurley M editor. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth

conference of North American Nursing Diagnosis Association. St Louis: Mosby; 1986. p. 183-90.

33- Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart e Lung. 1987; 16 (6) 625-629.

APÊNDICE A**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****CARTA À COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM/CCS/UFPB**

João Pessoa, 02 de setembro de 2014

Prezado (a) Coordenador (a),

Estamos realizando um estudo de Doutorado, intitulado MAPEAMENTO CRUZADO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA, vinculado ao Programa de Doutorado em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba - com o objetivo de analisar, por meio do mapeamento cruzado, as Intervenções/Atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados e correlacioná-las propostas pela NIC, com base na ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

Assim, solicitamos a sua colaboração para que possamos realizar o contato com os estudantes. Necessitamos das formas de contato disponíveis desses estudantes para que sejam aplicados os instrumentos de coleta de dados do estudo após a anuência e aceitação para participarem da pesquisa.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos a seriedade do estudo e que as respostas serão respeitosamente utilizadas em eventos científicos e na publicação em periódicos, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Também serão respeitados, e com total sigilo, a identidade dos estudantes e o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para eles. Os estudantes poderão solicitar esclarecimento quando sentirem necessidade.

Diante do exposto, aguardamos sua resposta à solicitação pelos meios de contato da pesquisadora.

Atenciosamente,

Pesquisadora: Prof^a. Lenilma Bento de Araújo Meneses
Rua: Enf. Ana Maria Barbosa de Almeida, 408, apto. 204 – Jardim Cidade
Universitária.
João Pessoa-PB (83) 99605021/87127127/91063181
E-mail: lenilmabento@yahoo.com.br
Orientador: Prof^a. Dra. Maria Júlia Guimaraes de Oliveira Soares
Telefone: (83) 96137171
E-mail: mmjulieg@gmail.com

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****CARTA CONVITE/ORIENTAÇÃO AO DISCENTE PARTICIPANTE DO ESTUDO**

Prezado (a) estudante,

Agradeço sua aceitação para participar do estudo proposto e o convido para atender às orientações a seguir para o preenchimento adequado do instrumento de coleta dos dados - discentes de Enfermagem.

Esse instrumento encontra-se organizado em duas partes (A e B). Na parte A, que trata da caracterização do estudo, constam os dados sociodemográficos e acadêmicos dos participantes. Para preenchê-lo, você levará, em média, cinco minutos. Na parte B, constam a definição do Diagnóstico de Enfermagem: Risco de integridade da pele prejudicada, as definições de intervenção e as atividades de Enfermagem, os fatores de risco e o questionamento: Quais as intervenções de Enfermagem você realizou com o adulto ou idoso hospitalizado com o diagnóstico de RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA? Para responder a esse questionamento, você terá, em média, 30 minutos.

Vale salientar que você só terá acesso ao instrumento depois de ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a melhor compreensão da pesquisadora, você deve listar as atividades separadamente, uma a uma. Se possível, pule uma linha para deixar em destaque. A pesquisadora irá permanecer no local para esclarecer quaisquer dúvidas. Este instrumento será devolvido à pesquisadora ao final do seu preenchimento.

Se precisar entrar em contato com ela, favor procurá-la no Departamento de Enfermagem Clínica ou pelos fones: 3216 7248/987127127.

Atenciosamente,

Lenilma Bento de Araújo Meneses
Pesquisadora responsável

APÊNDICE C



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NÍVEL DE DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa, sobre as intervenções de enfermagem para o diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada, está sendo desenvolvida pela pesquisadora Lenilma Bento de Araújo Meneses, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Júlia Guimaraes Oliveira Soares.

O objetivo geral do estudo é de analisar, por meio do mapeamento cruzado, as intervenções/atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem de uma instituição pública de ensino para o Diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada, de adultos e idosos hospitalizados, correlacionando-os com as propostas pela NIC, com base na ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008. Os objetivos específicos são: Identificar as intervenções/atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados; realizar o mapeamento cruzado nas intervenções/atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, de adultos e idosos hospitalizados, correlacionando-as àquelas propostas pela NIC; submeter o mapeamento cruzado das intervenções/atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, a análise e a refinamento por enfermeiros especialistas.

A finalidade deste trabalho é de contribuir para o desenvolvimento de uma linguagem padronizada da Enfermagem, específica para assistência ao paciente hospitalizado com diagnóstico de Enfermagem de Risco de integridade da pele prejudicada.

Solicitamos sua colaboração para **responder ao instrumento de coleta de dados, com bastante atenção**, como também sua autorização para apresentar os resultados do estudo em eventos da área de saúde e publicá-los em periódicos. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Vale ressaltar que o estudo não oferecerá riscos previsíveis à saúde dos sujeitos e respeitará a Resolução 466/12 da CONEP/MS.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a dar as informações e/ou colaborar com as atividades

solicitadas pelo(a) pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo ou resolva, a qualquer momento, desistir dele, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento.

Atenciosamente,

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Contato do pesquisador (a) responsável: lenilmabento@yahoo.com.br.

Caso necessite de mais informações sobre o estudo, favor ligar para a pesquisadora Lenilma Bento de Araújo Meneses.

(83) 91063181, 87127127, 98505021

Endereço (Setor de Trabalho): DENC/CCS/UFPB

Telefone: (83) 32167248

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: DISCENTES DE ENFERMAGEM**

PARTE A

1. IDENTIFICAÇÃO

- a) Idade:
- b) Sexo: () M - (Cód. 1) () F – (Cód. 2)
- c) Estado civil:

2. DADOS ACADÊMICOS

- a) Ao cuidar de um paciente, você tem identificado o Diagnóstico de Enfermagem: **Risco de integridade da pele prejudicada?**
() Sim – (Cód. 1) () Não – (Cód. 2)

PARTE B

Título da pesquisa: Mapeamento cruzado de intervenções de enfermagem para adultos e idosos hospitalizados com o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada

Intervenções de enfermagem: qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente.

Risco de integridade da pele prejudicada - definição: Risco de a pele ser alterada, de forma adversa.

Atividades de enfermagem: são os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançarem rumo a um resultado almejado.

Fatores de risco:

Externos: Substância química, radiação, hipotermia, hipertermia, imobilização física, excreções, secreções, umidade, umectação, fatores mecânicos, faixas etárias extremas

Internos: fármacos, alterações do estado nutricional, proeminência óssea, alterações do turgor cutâneo, distúrbios da circulação, distúrbios da sensibilidade, distúrbios da pigmentação relacionados ao desenvolvimento, fatores psicogenicose fatores imunológicos

O estudante deverá ler a definição do Diagnóstico de Enfermagem **Risco de integridade da pele prejudicada** e dos fatores de risco e, em seguida, descrever: Quais as intervenções de Enfermagem você realizou com o adulto ou idoso hospitalizado com o diagnóstico de RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA?

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TÍTULO DO INSTRUMENTO: Instrumento de avaliação: Mapeamento Cruzado das Intervenções/Atividades de Enfermagem para o Diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada

TÍTULO DO ESTUDO: MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA.

Leia a definição do Diagnóstico de Enfermagem Risco de Integridade da Pele Prejudicada e dos termos da NIC, intervenção e atividade de Enfermagem. Em seguida, leia cada atividade elencada pelos estudantes e mapeadas pela pesquisadora a partir das intervenções e atividades propostas pela NIC. Para cada item, você deve marcar com um X a opção que melhor representa a sua análise. Na última coluna, o especialista pode justificar e/ou sugerir quando atribuir julgamento “neutro”, “discordo” e “discordo plenamente”.

Definição do Diagnóstico de Enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada”: Risco de a pele ser alterada, de forma adversa.

Intervenções de enfermagem: é qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente.

Atividades de enfermagem: são os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançar rumo a um resultado almejado (BULECHECK; BUTCHER; DOCHTERMAN (2010^a)).

Instrumento de avaliação: mapeamento comparativo das intervenções/atividades de enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada

Respostas dos estudantes	Atividades mapeadas pela pesquisadora correspondentes à NIC		Discordo plenamente (0,0)	Discordo (0,25)	Neutro (0,5)	Concordo (0,75)	Concordo plenamente (1,0)	Atividades validadas pelo especialista / sugestões
	Intervenção	Atividades						
1. Identificar os fatores que podem estar contribuindo para o surgimento de lesões. (C 1).	- Controle de Eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						
2. Identificar os fatores de risco para integridade da pele (C 14).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição						

		adequada, conforme apropriado.						
3. Observar se há risco do ou se ele já está instalado (C 15).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						
4. Observar fatores mecânicos que desenvolvam risco para integridade da pele prejudicada (C 17).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						

5. Avaliar os fatores de riscos externos e internos (C 15).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						
6. Avaliar os fatores de risco para a integridade da pele prejudicada; (C 2).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						
7. Investigar fatores de risco que podem	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex.:						

pré-dispor esse risco (C 23).		monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						
8. Afastar os riscos sempre que possível (C 7).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado).						
9. Retirar os fatores de risco (C 15).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os						

		locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						
10. Após a identificação dos fatores, deve-se evitar o contato deles no paciente. (C 1)	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada, conforme apropriado.						
11. Procurar adequar a redução de causas que diminua os riscos para a integridade da pele prejudicada (C 17).	- Controle de eletrólitos: hipernatremia	- Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma						

		nutrição adequada, conforme apropriado.						
12. Proteger membros de pacientes contidos (C 5).	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							
13. Evitar lesões realizadas por adesivos, de modo a retirar com cuidado para que não venha a lesionar a pele (C 2).	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							
14. Trocar esparadrapos com cuidado para prevenir possíveis lesões (C 18).	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							
15. Atentar para a administração de medicação irritante e vesicante (C 3), (C 4).	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							

16. Observar diariamente a evolução da pele prejudicada (C 1).	- Cuidados com o repouso no leito	- Monitorar a condição da pele.						
17. Avaliar diariamente a evolução do paciente (C-19).	- Cuidados com o repouso no leito	- Monitorar a condição da pele.						
18. Avaliar o risco para úlcera por pressão (C 17, 20).	- Prevenção de úlcera de pressão							
19. Aplicar biofilme em áreas de risco (C 2).	- Administração de medicamentos: tópicos	- Aplicar adesivos transdérmicos e medicamentos tópicos em áreas sem pelos da pele, conforme apropriado.						
20. Aplicar biofilme em áreas de risco, como prevenção. (C 6).	- Administração de medicamentos: tópicos	- Aplicar adesivos transdérmicos e medicamentos tópicos em áreas sem pelos da pele, conforme apropriado.						
21. Realizar curativo de prevenção com	- Administração de medicamentos: tópicos	- Aplicar adesivos transdérmicos e medicamentos						

filme transparente (C 16).		tópicos em áreas sem pelos da pele, conforme apropriado.						
22. Aplicar escalas de avaliação de risco (C 6, 8).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p. ex., escala de Braden).						
23. Aplicar escalas de avaliação de risco (C 6, 8).	- Controle da pressão	Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco paciente (p. ex., escala de Braden).						
24. Aplicar escalas de avaliação de risco (C 6, 8).	- Supervisão da Pele	- Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele (por exemplo: escala de Braden).						

25. Hidratar a pele (C 01, 09).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
26. Hidratar a pele do paciente (C 19, 20).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
27. Hidratação da pele (C 17, 24, 25).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
28. Hidratar a pele, evitando a umidade excessiva (C 8).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
29. Realizar hidratação da pele do paciente (C 22).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
30. Realizar hidratação adequada da pele (C 11).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
31. Manter a pele limpa, seca e hidratada. (C 2).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
32. Manter a pele dos idosos hidratada (C 3).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
33. Manter a pele hidratada,	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						

principalmente a de idosos (C 4).								
34. Manter a hidratação da pele (C 05).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
35. Manter a pele hidratada (C 06).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
36. Promover a hidratação do paciente (C 13).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Hidratar a pele seca e compacta.						
37. Avaliar o nível de hidratação (C 7).	- Terapia de deglutição	- Monitorar a hidratação do organismo (p. ex., ingestão, eliminação, turgor da pele e mucosas).						
38. Verificar a hidratação do paciente (C19).	- Controle hídrico	- Monitorar o estado de hidratação (p. ex., mucosas úmidas, pulsos adequados e pressão ortostática), conforme apropriado.						
39. Orientar sobre a hidratação da pele	- Ensino: cuidados com os pés	- Orientar para hidratar diariamente a pele, imergindo						

(C 6, 14).	.	rapidamente ou lavando em água em temperatura ambiente e em seguida aplicar creme/ emoliente.						
40. Orientar sobre a importância de hidratar a pele (C 6).	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							
41. Avaliar o estado nutricional; (C 2).	- Controle da pressão	- Monitorar o estado nutricional do paciente.						
42. Avaliação nutricional do paciente (C 25)	- Controle da pressão	- Monitorar o estado nutricional do paciente.						
43. Avaliar o nível nutricional (C 7).	- Cuidados com úlceras por pressão	- Monitorar o estado nutricional do paciente.						
44. Observar e monitorar o estado nutricional do paciente (C 13).	- Controle da pressão	- Monitorar o estado nutricional do paciente.						
45. Atentar para o estado nutricional do paciente e comunicar ao	- Controle da pressão	- Monitorar o estado nutricional do paciente.						

nutricionista (C 3).								
46. Monitorar a nutrição do cliente (C 8).	- Supervisão	- Monitorar o estado nutricional, conforme apropriado.						
47. Monitorar o estado nutricional (C 14).	- Supervisão	- Monitorar o estado nutricional, conforme apropriado.						
48. Monitorar o estado nutricional (C 14).	- Controle hídrico	- Monitorar a Condição nutricional.						
49. Verificar nutrição do paciente (C 19).	- Terapia nutricional	- Fazer uma avaliação nutricional, conforme apropriado.						
50. Estimular ingestão de nutrientes (C 12).	- Controle da nutrição	- Encorajar o paciente para fazer ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e ao estilo de vida.						
51. Observar se o paciente aceita bem a dieta (C 23).	- Controle da nutrição	- Monitorar a ingestão, registrando o conteúdo nutricional e as calorias consumidas.						

52. Verificar uma dieta hipossódica (C 9).	- Controle da nutrição	- Monitorar a ingestão, registrando o conteúdo nutricional e as calorias consumidas.						
53. Adequar nutrição (C 17).	- Cuidados com úlceras de pressão	- Garantir a ingestão adequada de alimentos.						
54. Orientar alimentação adequada (C 1).	- Controle de infecção	- Promover a ingestão nutricional adequada.						
55. Orientar alimentação adequada (C 1).	- Proteção contra infecção	- Promover a ingestão nutricional adequada.						
56. Aumentar a ingesta hídrica, para hidratar bem a pele (C 23).	- Controle hidroeletrolítico	- Promover a ingestão oral, (por exemplo: oferecer líquidos orais da preferência do paciente, colocar a seu alcance, disponibilizar um canudo e oferecer água fresca), conforme apropriado.						

57. Aumentar a ingesta hídrica, para hidratar bem a pele (C 23).	- Controle hídrico	- Oferecer líquidos conforme apropriado.						
58. Estimular ingesta líquida (C 12).	- Cuidado com lesões	- Encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado.						
59. Estimular ingestão hídrica (C 16).	- Controle de infecção	- Estimular a ingestão hídrica, conforme apropriado.						
60. Orientar ingesta hídrica adequada (C 1).	- Proteção contra infecção	- Estimular a ingestão hídrica, conforme apropriado.						
61. Orientar sobre a importância da ingesta hídrica. (C 6).	Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							
62. Encorajar o paciente a mobilizar membros no leito se possível (C 20).	- Cuidados circulatórios: insuficiência venosa	- Encorajar exercícios passivos ou ativos de amplitude de movimento, em especial, os exercícios para as extremidades						

		inferiores, durante o repouso no leito.						
63. Realizar mudança de decúbito em pacientes acamados a cada 2h (C 3).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Mudar o decúbito a cada uma a duas horas, como convier.						
64. Realizar mudança de decúbito a cada 2h (C 4).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Mudar o decúbito a cada uma a duas horas, como convier.						
65. Realizar mudança de decúbito em pacientes acamados (C 5).	- Controle da pressão	- Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida.						
66. Realizar mudança de decúbito (C 10).	- Cuidado com o repouso no leito	- Virar o paciente conforme indicado pela condição de pele.						
67. Realizar mudança de decúbito de 3 em 3h (C 11, 12, 19).	- Controle da pressão	- Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida.						
68. Realizar mudança de decúbito do paciente dentro	- Controle da pressão	- Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas,						

do período pré-estabelecido (C 21).		conforme agenda estabelecida.						
69. Realizar mudança de decúbito sempre que for necessário (C 22).	- Controle da pressão	- Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida.						
70. Mudar decúbito a cada 2h em pacientes restritos ao leito (C 16).	- Cuidados circulatórios: Insuficiência venosa	- Mudar a posição do paciente, no mínimo, de duas em duas horas, conforme apropriado.						
71. Mudar decúbito (C 7, 20, 23).	- Controle da pressão	- Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida.						
72. Mudança de decúbito de 2/2 horas (C 24).	- Cuidado com a pele: tratamentos tópicos	- Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme agenda específica.						
73. Mudança de decúbito (C 25).	- Cuidados com úlceras por pressão	- Posicionar, a cada uma ou duas horas, para evitar						

		pressão prolongada.						
74. Promover a mudança de decúbito a cada 2h (C 9).	- Posicionamento	- Virar o paciente, no mínimo, a cada duas horas, conforme programação específica, se for apropriado.						
75. Promover a mudança de decúbito do paciente (C 13).	- Cuidados com o repouso no leito	- Virar o paciente imobilizado, no mínimo de duas em duas horas, conforme horários especificados.						
76. Pacientes restritos ao leito: mudar de decúbito a cada 2h (C 8).	- Cuidados com o repouso no leito	- Virar o paciente imobilizado, no mínimo de duas em duas horas, conforme horários especificados.						
77. Orientar a mudança de posição de duas em duas horas (C 14).	- Não foi mapeada palavra ou verbo. correspondente na NIC							
78. Orientar o paciente sobre cuidado e a importância da mudança de decúbito para aliviar os	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							

pontos de pressão (C 23).								
79. Utilizar coxins ou dispositivos aliviadores de pressão em proeminências ósseas (C 2).	- Posicionamento intraoperatório	- Colocar almofadas nas proeminências ósseas.						
80. Utilizar coxins em áreas que aliviem a pressão nas proeminências ósseas (C 4).	- Prevenção de ulcera por pressão	- Posicionar o paciente com travesseiros para afastar da cama pontos por pressão.						
81. Utilizar coxins em áreas de proeminência óssea (C 12).	- Posicionamento intraoperatório	- Colocar almofadas nas proeminências ósseas.						
82. Proteger as proeminências ósseas com coxins (C 20).	- Posicionamento intraoperatório	- Colocar almofadas nas proeminências ósseas.						
83. Adequar um instrumento (coxins ou dispositivos) para o conforto do paciente (C 7).	- Posicionamento intraoperatório	- Colocar almofadas nas proeminências ósseas.						

84. Proteger áreas de risco, como proeminências ósseas (C 6).	- Posicionamento intraoperatório	- Colocar almofadas nas proeminências ósseas.						
85. Proteger os locais mais propensos a rompimento (proeminências ósseas) (C 22).	- Cuidados com lesões	- Colocar dispositivos para aliviar a pressão (colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel; almofadas nos calcanhares e nos cotovelos, almofadas em cadeira), conforme apropriado.						
86. Avaliar dispositivos invasivos, quanto aos sinais flogísticos (C 2).	- Controle de pressão	- Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão.						
87. Observar a presença de sinais flogísticos em feridas operatórias e em locais de acesso venoso (C 3).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente.						

88. Observar a presença de sinais flogísticos em locais de ferida operatória, acesso venoso periférico, acesso venoso central, fixação de esparadrapos etc. (C 4).	- Cuidado com o local da incisão	- Monitorar sinais e sintomas da infecção da incisão.						
89. Observar os sinais logísticos em dispositivos implantados (C 10).	- Precauções circulatórias	- Monitorar as extremidades quanto a áreas de calor, vermelhidão, dor ou edema.						
90. Observar sinais flogísticos na pele (C 18).	- Cuidado com o local da incisão	- Examinar o local da incisão quanto a hiperemia, edema ou sinais de deiscência ou evisceração.						
91. Observar possíveis sinais e sintomas de hiperemia (C 23).	- Proteção contra infecção	- Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem.						

92. Monitorar o paciente quanto aos sinais flogísticos (dor, rubor, calor e tumores) (C 11).	- Proteção contra infecção	- Examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas.						
93. Monitorar o paciente quanto aos sinais flogísticos (dor, rubor, calor e tumores) (C 11).	- Supervisão da pele	- Monitorar cor e temperatura da pele.						
94. Trocar acesso venoso a cada 72h e trocar o curativo quando necessário (C 3).	- Controle de infecção	- Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme orientações atuais do CDC.						
95. Trocar acessos a cada 72h ou quando necessário (C 4).	- Controle de infecção	- Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme orientações atuais do CDC.						

96. Trocar acesso a cada 72h (C 18).	- Controle de infecção	- Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme orientações atuais do CDC.						
97. Mudar o acesso venoso periférico do paciente (C 25).	- Controle de infecção	- Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme orientações atuais do CDC.						
98. Realizar troca de acesso venoso regularmente (C 11).	- Punção venosa	- Aplicar um pequeno curativo transparente sobre o local de inserção IV.						
99. Fazer curativos dos acessos venosos atentando para a área perilesional (C 4).	- Punção venosa	- Aplicar um pequeno curativo transparente sobre o local de inserção IV.						

100. Fazer curativos e trocar o acesso venoso em tempo hábil (C 5).	- Punção venosa	- Aplicar um pequeno curativo transparente sobre o local de inserção IV.						
101. Fazer o curativo do acesso venoso diário (C 11).	- Punção venosa	- Aplicar um pequeno curativo transparente sobre o local de inserção IV.						
102. Atentar para os cuidados com o acesso venoso, seja central ou periférico, mantê-lo sempre limpo e utilizar técnica asséptica (C 21).	- Controle de infecção	- Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas.						
103. Atentar para os cuidados com o acesso venoso, seja central ou periférico, mantê-lo sempre limpo e utilizar técnica asséptica (C 21).	- Punção venosa	- Manter técnica asséptica rigorosa.						

104. Avaliar a pele diariamente (C 6, 16).	- Controle de pressão	- Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão.						
105. Avaliar a pele do paciente diariamente (C 7).	- Banho	- Monitorar a condição de pele durante o banho.						
106. Avaliar a pele diariamente para a presença de alterações (C 8).	- Assistência no autocuidado: banho/higiene	- Monitorar a integridade da pele do paciente.						
107. Observar qualquer sinal de rompimento da pele (C 22).	- Assistência no autocuidado: banho/higiene	- Monitorar a integridade da pele do paciente.						
108. Verificar alterações cutâneas diariamente (C 9).	- Prevenção de úlcera de pressão	- Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente.						
109. Examinar a pele do paciente. (C 14)	- Cuidados com o repouso no leito	- Monitorar a condição da pele.						
110. Usar produtos para o tratamento de	- Cuidados com úlcera de pressão	- Aplicar curativos conforme apropriado.						

feridas que evite a formação da lesão (C 1).								
111. Aplicar coberturas para a pele íntegra (C 13).	- Cuidados com úlcera de pressão	- Aplicar curativos conforme apropriado.						
112. Realizar curativos diários conforme a necessidade (C 18).	- Cuidado com lesões	- Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão.						
113. Orientar o paciente para evitar fumo e álcool, pois são fatores que podem favorecer o aparecimento de lesões (C 1).	- Ensino: cuidado com os pés	- Aconselhar o paciente a parar de fumar, conforme apropriado.						
114. Fazer a higiene adequada da pele do paciente (C 7).	- Banho	- Banhar o paciente com água com temperatura agradável.						
115. Higienizar a pele, para evitar umidade	- Banho	- Banhar o paciente com água com temperatura agradável.						

excessiva (C 8).								
116. Realizar higienização adequada da pele (C 11).	- Banho	- Banhar o paciente com água com temperatura agradável.						
117. Manter a pele limpa e seca (C 16).	- Banho	- Banhar o paciente com água com temperatura agradável.						
118. Manter a higiene corporal do paciente preservada (C 21).	- Banho	- Banhar o paciente com água com temperatura agradável.						
119. Manter a higiene (C 24).	- Banho	- Banhar o paciente com água com temperatura agradável.						
120. Avaliar as condições de higiene do paciente [...] (C 11).	- Monitoramento das extremidades inferiores	- Examinar a pele em busca de evidência de higiene insatisfatória.						
121. Prevenir lesões evitando umidades excessivas (C 17).	- Supervisão da pele	- Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos.						

122. Evitar regiões úmidas do paciente em contato com superfícies (C 19).	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							
123. Utilizar cremes hidratantes para prevenir a ruptura da pele (C 23).	- Prevenção de úlcera de pressão	Aplicar barreiras de proteção, como cremes e compressas que absorvem a umidade para remover a umidade excessiva como convier.						
124. Manter as unhas limpas e cerradas (C 5).	- Cuidado com os pés	- Limpar as unhas.						
125. Cortar as unhas das mãos e dos pés (C 10).	- Cuidado com os pés	- Cortar as unhas dos pés normalmente mais espessas, quando estiverem macias, usando um cortador especial e a curvatura do dedo como guia.						
126. Evitar atrito na pele: uso de roupas ajustadas e de	- Terapia com exercício: deambulação	- Vestir o paciente com roupas folgadas.						

lençóis desalinhados (desarrumados) (C 8).								
127. Evitar atrito na pele: uso de roupas ajustadas e de lençóis desalinhados (desarrumados) (C 8).	- Terapia com exercício: controle muscular	- Vestir o paciente com roupas folgadas.						
128. Evitar atrito na pele: uso de roupas ajustadas e de lençóis desalinhados (desarrumados) (C 8).	- Terapia com exercício: mobilidade articular	- Vestir o paciente com roupas folgadas.						
129. Evitar atrito na pele: uso de roupas ajustadas e de lençóis desalinhados (desarrumados) (C 8).	Cuidado da pele: tratamentos tópicos	- Vestir o paciente com roupas folgadas.						
130. Evitar atrito na pele: uso de roupas ajustadas e de lençóis	- Controle de pressão	- Vestir o paciente com roupas folgadas.						

desalinhados (desarrumados) (C 8).								
131. Manter os lençóis sem dobraduras (C 13).	- Prevenção de úlcera por pressão	- Manter limpa, seca e sem rugas a roupa de cama.						
132. Evitar dobraduras do lençol (C 16).	- Cuidado da pele: tratamento tópico	- Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama.						
133. Evitar lençóis dobrados no leito (C 19).	- Cuidados com o repouso no leito	- Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras.						
134. Não arrastar o paciente no leito para evitar cisalhamento (C 12).	- Posicionamento	- Minimizar o atrito e o cisalhamento ao posicionar e virar o paciente.						
135. Utilizar dispositivos que favoreçam a diminuição do atrito (C 9).	- Posicionamento	- Minimizar o atrito e o cisalhamento ao posicionar e virar o paciente.						
136. Orientar o paciente quanto à importância de não friccionar a pele em patologias	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							

específicas (C 5).								
137. Quando possível, estimular o paciente para o autocuidado (C 15).	- Assistência no autocuidado	- Encorajar a independência, mas interferir quando o paciente tiver dificuldades no desempenho.						
138. Orientar o paciente sobre o cuidado com a pele (C 14).	- Não foi mapeada palavra ou verbo correspondente na NIC.							
139. Supervisionar o autocuidado (C 22).	- Supervisão	- Monitorar a capacidade do paciente de fazer as atividades de autocuidado.						
140. Supervisionar o autocuidado (C 22).	- Assistência no autocuidado	- Monitorar a capacidade do paciente para o autocuidado independente.						
141. Suspende membro em caso de edema (C 9)	- Posicionamento	- Elevar a extremidade afetada a 20 graus ou mais, acima do nível do coração, para melhorar o retorno venoso, conforme apropriado.						

142. Elevação de MMII para favorecer a circulação sanguínea (C 24)	- Posicionamento	- Elevar a extremidade afetada a 20 graus ou mais, acima do nível do coração, para melhorar o retorno venoso, conforme apropriado.						
143. Conter o paciente (C 10).	- Contenção física							
144. Elevar as grades da cama. (C 10)	- Cuidados com o repouso no leito	- Elevar as laterais da cama, conforme apropriado.						
145. Oferecer apoio ao paciente. (C 15)	- Contenção física	- Oferecer conforto psicológico ao paciente.						
146. Estimular a deambulação (se possível) (C 22).	- Terapia com exercício: deambulação	- Encorajar deambulação independente dentro de limites seguros.						

* C - Equivale a colaborador.

Obs. As intervenções Controle de eletrólitos: Hipernatremia, Terapia de deglutição, Controle hídrico, Cuidados com úlceras de Pressão, Cuidados circulatórios: Insuficiência venosa, Punção venosa, Assistência no autocuidado, Assistência no Autocuidado: Banho e higiene, com suas respectivas atividades, não fazem parte da ligação NANDA I – NIC 2007 - 2008, contudo foram mapeadas pela pesquisadora por terem sido citadas pelos estudantes colaboradores deste estudo.

REFERÊNCIA

BULECHECK, G. M.; BUTCHER, K.; DOCHTERMAN, J. M.; Nursing Interventions Classification (NIC). 5th Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010a.

APÊNDICE F



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NÍVEL DE DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS ESPECIALISTAS

Prezado/a enfermeiro/a,

Você está sendo convidado (a) para participar, como especialista, deste estudo por sua titulação e experiência com diagnóstico e intervenções de enfermagem. A pesquisa, intitulada ***Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada***, está sendo desenvolvida pela pesquisadora ***Lenilma Bento de Araújo Meneses***, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. ***Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares***.

A utilização de uma linguagem padronizada colaborará para o desenvolvimento da prática de enfermagem e para a qualidade e a segurança do paciente. O (a) Sr(a) foi selecionado por meio da Plataforma Lattes e atende aos critérios de inclusão no estudo, na condição de especialista em linguagem da sistematização da assistência e/ou Intervenções de Enfermagem e envolverá a apreciação e o julgamento sobre o mapeamento das Intervenções de Enfermagem (NIC) com as listadas pelos estudantes.

O objetivo geral do estudo é de *analisar, por meio do mapeamento cruzado, as intervenções/ atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem de uma instituição pública de ensino para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, correlacionando-os as da NIC com base na ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008*. E os objetivos específicos são: *Identificar as intervenções/atividades de enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, de adultos e idosos hospitalizados; realizar o mapeamento cruzado nas intervenções/ atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, de adultos e idosos hospitalizados, correlacionando-as àquelas propostas pela NIC; submeter o mapeamento cruzado das intervenções/atividades de Enfermagem, descritas por graduandos de Enfermagem para diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada, de adultos e idosos hospitalizados, à análise e refinamento por enfermeiros especialistas*.

Procedimento: Você receberá dois instrumentos para responder. O primeiro trata da caracterização dos enfermeiros especialistas para validar as intervenções de enfermagem, no qual deverá colocar apenas a idade em anos completos, sexo, tempo de experiência profissional em anos e se trabalha com a temática em estudo. Se sua resposta for positiva no último item, especifique a área e o tempo de experiência e se utiliza alguma Classificação de Enfermagem. O instrumento ainda dispõe de espaço para identificar a titulação acadêmica.

O segundo se refere ao instrumento de avaliação do mapeamento comparativo das intervenções – Risco de integridade da pele prejudicada. Nele você deve fazer, primeiramente, uma leitura atenciosa da definição do diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada, das intervenções e atividades de enfermagem (NIC) e, em seguida, ler as atividades propostas para esta intervenção e mapeadas pela

pesquisadora. Esse instrumento foi estruturado em forma de quadro, com nove colunas: na primeira, constam as Intervenções/Atividades listadas pelos estudantes para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada, respeitando as regras para o mapeamento cruzado; na segunda e na terceira colunas, constam as atividades mapeadas pela pesquisadora correspondentes às intervenções e às atividades da NIC; na quarta, na quinta, na sexta, na sétima e na oitava colunas, constam a escala tipo Likert de cinco pontos: discordo plenamente, discordo, neutro, concordo e concordo plenamente, onde o/a senhor/a marcará com um (X) a opção que melhor corresponder à Intervenção/Atividade (NIC), de acordo com sua compreensão. A nona e última coluna trata das atividades analisadas e julgadas diferentemente da interpretação da autora quanto ao mapeamento cruzado. Esse espaço lhe permite expressar suas sugestões.

O(a) senhor(a) receberá, ainda, um arquivo (APÊNDICE J) para consulta em que constam as Intervenções/Atividades (NIC) que integram a lista de ligação NANDA I- NIC 2007 – 2008 e oito Intervenções /Atividades que não integram a lista, mas foram mapeadas pela pesquisadora. Vale salientar que as Intervenções/Atividades mapeadas estão grifadas para facilitar sua identificação. Ressaltamos que a utilização de uma linguagem padronizada colaborará para o desenvolvimento da prática de enfermagem e para a qualidade da assistência.

Confidencialidade: nenhuma resposta emitida será divulgada de forma que revele a sua identidade.

Desconfortos, riscos e benefícios: vale lembrar que a pesquisa não oferece risco aparente à saúde física e mental para os participantes, e o benefício será a colaboração para o desenvolvimento da linguagem padronizada de Enfermagem específica para assistência ao adulto e ao idoso hospitalizados com diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada. Cada participante receberá um instrumento individualmente e poderá devolvê-lo no prazo de 15 dias.

Dúvidas: em caso de dúvida, o participante poderá localizar a pesquisadora Lenilma Bento de Araújo Meneses e a orientadora Dra. Maria Júlia Guimaraes Oliveira Soares pelos e-mails lenilmabento@yahoo.com.br/mmjulieg@gmail.com ou pelos telefones (83) 991063181/(83)96137171.

Consentimento: sua participação é voluntária e de fundamental importância, portanto o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento, desistir dele, não terá quaisquer implicações futuras.

Durante todas as etapas da pesquisa, serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução 466/2012 do CNS – Conselho Nacional de Saúde e que disciplina as pesquisas feitas com seres humanos no Brasil e da Resolução COFEN 311/2007, que disciplina participação no ensino, na pesquisa e na produção técnico-científica.

Agradecemos a sua colaboração e solicitamos a declaração de seu Consentimento Livre e Esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Assinatura do enfermeiro(a)

Assinatura do pesquisador responsável

Contato da pesquisadora responsável: lenilmabento@yahoo.com.br.

Caso necessite de mais informações sobre o estudo, favor ligar para a pesquisadora Lenilma Bento de Araújo Meneses - Fones (83) 991063181, 987127127, 98505021

Endereço (Setor de Trabalho): DENC/CCS/UFPB, Telefone: (83) 32167248

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

APÊNDICE G



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NÍVEL DE DOUTORADO

TÍTULO DO ESTUDO: MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

(Michel, veja os espaços dos parênteses.)CLASSIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS PARA A VALIDAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Identificação dos expertos

1.1 Idade (em anos completos): _____ anos

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Tempo de experiência profissional: _____ anos

1.4 Trabalha na temática em estudo? Sim () Não ()

Se sua resposta for Sim, especifique a área e o tempo de experiência:

Área	Tempo de experiência
() Ensino	() Menos de 1 ano
() Pesquisa	() 1 a 3 anos
() Assistência	() 3 a 5 anos
	() Mais de 5 anos

Você só poderá responder o item 1.5 se respondeu o item 1.4.

1.5 Neste trabalho, você utiliza alguma Classificação de Enfermagem?

- () NANDA () NIC () NOC
() CIPE® () Outras. Especifique:
() Nenhuma classificação de Enfermagem

1.6 Titulação acadêmica:

() Graduação: Tema do TCC:

() Especialista: Tema da monografia:

() Mestrado: Tema da dissertação:

() Doutorado: Tema da tese:

1.7 Você tem algum trabalho(s) ou atividades(s) científica que realizou abordando a temática assistência de Enfermagem ao paciente com diagnóstico de Enfermagem risco de integridade da pele prejudicada?

- () Dissertação de Mestrado
() Tese de Doutorado
() Publicação em periódicos/revistas
() Publicação de trabalho de pesquisa
() Apresentação de trabalho em eventos científicos
() Outros. Especifique: _____

1.8 Realiza trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) que aborda a temática assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de enfermagem risco de integridade da pele prejudicada?

- () Dissertação de Mestrado
() Tese de Doutorado

- () Publicação em periódicos/revistas
- () Publicação de trabalho de pesquisa
- () Apresentação de trabalho em eventos científicos
- () Outros. Especifique: _____

*Instrumento adaptado de Cyrillo (2009)

APÊNDICE H



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA-CONVITE

Prezado (a) enfermeiro (a),

Eu, Lenilma Bento de Araújo Meneses, enfermeira, professora adjunta II do Departamento de Enfermagem Clínica, da Universidade Federal da Paraíba, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em nível de Doutorado, da referida universidade, venho, mui respeitosamente, convidar V.sa para participar da pesquisa intitulada: MAPEAMENTO CRUZADO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA, orientada pela Profa. Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar, por meio do mapeamento cruzado, as Intervenções/Atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem, de uma instituição pública de ensino, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, correlacionando-as com as propostas pela NIC, com base na ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

O (a) Sr (a) foi selecionado por meio da Plataforma Lattes e atende aos critérios de inclusão no estudo na condição de especialista em linguagem da sistematização da assistência e/ou Intervenções de Enfermagem e envolverá a apreciação e o julgamento sobre o mapeamento das Intervenções de Enfermagem (NIC) com as listadas pelos estudantes.

Essa etapa é muito importante para o desenvolvimento do trabalho, que será inviável sem sua colaboração. Assim, solicitamos que nos envie os instrumentos

preenchidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido até o dia **30/04/2015**, para que seja possível continuar as etapas seguintes da pesquisa.

Para tanto, estamos encaminhando em anexo um instrumento para caracterização do especialista, um instrumento de apreciação/julgamento do especialista sobre o mapeamento das Intervenções de Enfermagem (NIC) e as listadas pelo estudante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466/2012, uma carta de orientação para o preenchimento dos instrumentos e um arquivo para consulta com as Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico risco de integralidade da pele prejudicada de acordo com a NIC.

Agradecemos por aceitar colaborar com o estudo. Caso precise se comunicar com a pesquisadora, seguem os contatos:

e-mail: lenilmabento@yahoo.com.br, lenilmabento@gmail.com, telefones (83) 32167248, 32167249, 991063181.

Atenciosamente,

Lenilma Bento de Araújo Meneses
Pesquisadora responsável

APÊNDICE I



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NÍVEL DE DOUTORADO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Prezada enfermeira,

Agradeço por aceitar participar deste estudo sobre **Mapeamento Cruzado de Intervenções de Enfermagem para adultos e idosos hospitalizados com Diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada**, na condição de especialista e convido-a para seguir as orientações, no sentido de facilitar o preenchimento do instrumento de **Caracterização dos Enfermeiros Especialistas**, que tem o objetivo de caracterizar o grupo que julgará as intervenções/atividades de enfermagem, consoantes com a NIC para o **Diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada** e as listadas pelos estudantes do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública de ensino e do instrumento de avaliação, denominado **Instrumento de avaliação: Mapeamento Comparativo das Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada” (APÊNDICE E)**.

No instrumento de caracterização, a senhora deve colocar apenas as iniciais, a idade em anos completos, o sexo, o tempo de experiência profissional em anos e se trabalha com a temática em estudo. Se sua resposta for positiva nesse último item, especifique a área e o tempo de experiência e se utiliza alguma Classificação de Enfermagem. O instrumento ainda dispõe de espaço para identificação da titulação acadêmica.

Após o preenchimento do instrumento de caracterização, a senhora deve preencher o instrumento de avaliação. Esse instrumento foi estruturado em forma de quadro, com nove colunas: na primeira, constam as intervenções e as atividades

listadas pelos estudantes para o Diagnóstico de Enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada, respeitando as regras para o mapeamento cruzado.

Na segunda e na terceira colunas, constam as atividades mapeadas pela pesquisadora correspondentes às intervenções e atividades (NIC); na quarta, na quinta, na sexta, na sétima e na oitava colunas, consta a escala tipo Likert de cinco pontos: discordo plenamente, discordo, neutro, concordo e concordo plenamente, onde a senhora marcará com um (X) a opção mais adequada para a intervenção/atividade (NIC), de acordo com sua compreensão. A nona e última coluna trata-se das atividades analisadas e julgadas diferentemente da interpretação da autora quanto ao mapeamento cruzado. Esse espaço permite ao especialista expressar suas sugestões.

A senhora receberá, ainda, um arquivo (APÊNDICE J) para consulta em que constam as Intervenções/Atividades (NIC) que integram a lista de ligação NANDA I-NIC 2007 – 2008 e oito que não integram a lista, mas foram mapeadas pela pesquisadora. Vale salientar que as Intervenções/Atividades mapeadas estão grifadas para melhor identificação das senhoras.

Ressaltamos que a utilização de uma linguagem padronizada colaborará para o desenvolvimento da prática de enfermagem e para melhorar a qualidade da assistência. Por isso, é oportuno lembrar que a senhora estará recebendo instrumentos individualmente e poderá devolvê-lo no prazo de 15 dias, a contar do dia 24/03/2015.

Caso precise se comunicar com a pesquisadora, seguem os contatos:

E-mail: lenilmabento@yahoo.com.br, lenilmabento@gmail.com,

Telefones (83) 32167248/7249/91063181.

Atenciosamente,

Lenilma Bento de Araújo Meneses

Pesquisadora responsável

APÊNDICE J

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM NÍVEL DE DOUTORADO

TÍTULO DO ESTUDO: MAPEAMENTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA.

INTERVENÇÕES E ATIVIDADES - NIC

DOMÍNIO: Fisiológico Básico: Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico. Fisiológico Básico\Classe A: Controle da Atividade e do Exercício - Intervenções para organizar ou auxiliar as atividades físicas e a conservação ou gasto de energia.

INTERVENÇÃO

Promoção do exercício: Facilitação de atividades físicas regulares para manter ou elevar o nível de aptidão física e de saúde. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Avaliar as crenças de saúde do indivíduo sobre exercícios físicos.
2. Investigar experiências anteriores com exercícios.
3. Determinar a motivação do indivíduo para começar/continuar um programa de exercícios.
4. Investigar as barreiras ao exercício.
5. Encorajar a expressão de sentimentos sobre o exercício ou a necessidade dele.
6. Encorajar a pessoa a começar ou continuar os exercícios.
7. Auxiliar a identificação de um modelo de papel positivo para manter o programa de exercícios.
8. Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa adequado de exercícios que atenda às suas necessidades.
9. Auxiliar a pessoa a estabelecer metas de curto e longo prazos para o programa de exercícios.
10. Auxiliar a pessoa a agendar períodos regulares para o programa de exercícios na rotina semanal.
11. Fazer os exercícios com uma pessoa, conforme apropriado.
12. Incluir a família/cuidadores no planejamento e na manutenção do programa de exercícios.
13. Informar a pessoa sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos do exercício.
14. Orientar o indivíduo sobre o tipo adequado de exercício para seu nível de saúde, juntamente com o médico e/ou fisioterapeuta.
15. Orientar o indivíduo sobre a frequência, a duração e a intensidade desejadas para o programa de exercícios.
16. Monitorar a adesão do indivíduo ao programa de exercícios.
17. Auxiliar o indivíduo a se preparar a manter um gráfico/tabela do progresso para motivar a adesão ao programa de exercícios.

18. Orientar o indivíduo sobre as condições que garantem a modificação ou o término do programa de exercícios.
19. Orientar o indivíduo sobre exercícios corretos de aquecimento e esfriamento.
20. Orientar o indivíduo sobre técnicas para evitar lesão ao se exercitar.
21. Orientar o indivíduo sobre técnicas adequadas de respiração para maximizar a absorção de oxigênio durante o exercício físico.
22. Oferecer uma agenda de reforço para melhorar a motivação individual (p. ex. aumento da estimativa de resistência, pesagem semanal).
23. Monitorar a resposta individual ao programa de exercício.
24. Oferecer feedback positivo para os esforços individuais.

INTERVENÇÃO

Terapia com exercício: deambulação. Promoção e assistência com a deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias do organismo durante o tratamento e a recuperação de doenças e de lesão. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Vestir o paciente com roupas folgadas.
2. Auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem a deambulação e evitem lesão.
3. Providenciar uma cama de altura baixa, conforme apropriado.
4. Colocar o controle da cama ao alcance da mão do paciente.
5. Encorajar o paciente a se sentar na cama (com as pernas pendentes), na lateral da cama ou em poltrona, conforme a tolerância.
6. Auxiliar o paciente a se sentar na lateral da cama para facilitar ajustes corporais.
7. Consultar o fisioterapeuta sobre o plano de deambulação, se necessário.
8. Orientar sobre a disponibilidade de dispositivos auxiliares, conforme apropriado.
9. Orientar o paciente sobre a forma de se posicionar durante o processo de transferência.
10. Usar cinta para deambulação para ajudar na transferência e na deambulação, se necessária.
11. Auxiliar o paciente a se transferir, se necessário.
12. Providenciar cartões indicadores e colocá-los na cabeceira da cama para facilitar a aprendizagem das transferências.
13. Aplicar/ Oferecer dispositivo auxiliar (bengala, andador ou cadeira de rodas) para deambular se o paciente estiver instável.
14. Ajudar o paciente na deambulação inicial e conforme a necessidade.
15. Orientar o paciente/cuidador sobre técnicas seguras de transferência e deambulação.
16. Monitorar o uso que o paciente faz de muletas ou outros recursos para deambular.
17. Auxiliar o paciente a se colocar de pé e a deambular a determinada distância e com determinado número de funcionários.
18. Auxiliar o paciente a estabelecer incrementos realistas a distância ao deambular.
19. Encorajar o paciente a deambular independentemente dentro de limites seguros.
20. Encorajar o paciente a se “levantar espontaneamente”, se adequado.

INTERVENÇÃO

Promoção do exercício: treino para fortalecimento - Facilitação de treinamento regular da resistência muscular para manter ou aumentar a força muscular. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Fazer uma avaliação de saúde como pré-exercício para identificar os riscos de se exercitar, usando escalas padronizadas de prontidão para a atividade física e/ou histórico completo e exame físico.
2. Obter permissão do médico para iniciar um programa de treinamento de força, conforme apropriado.
3. Auxiliar o paciente a expressar as próprias crenças, valores e metas de aptidão e saúde musculares.
4. Oferecer-lhe informações sobre a função dos músculos, a fisiologia dos exercícios e as consequências do desuso.
5. Determinar os níveis de aptidão muscular, utilizando testes físicos de campo ou em laboratório (por exemplo: máximo esforço para levantamento, número de repetições em um período).
6. Informá-lo sobre os tipos de resistência muscular que podem ser usados (por exemplo: pesos livres, máquinas com peso, tiras de borracha para alongamento, objetos pesados, exercícios aquáticos).
7. Ajudá-lo a fixar metas realistas em curtos e longos prazos e a se apropriar do plano de exercícios.
8. Ajudá-lo a desenvolver formas para minimizar os efeitos de barreira procedimentais, emocionais, de atitude, financeiras e de conforto ao treinamento da resistência muscular.
9. Auxiliá-lo a conseguir os recursos necessários para envolvimento no treinamento muscular progressivo.
10. Auxiliá-lo a criar um ambiente em casa/ trabalho que facilite o envolvimento no treinamento muscular progressivo.
11. Orientá-lo quanto ao uso de roupas que evitem o excesso de calor e de frio.
12. Auxiliá-lo a elaborar um programa de treinamento da força coerente com o nível de aptidão muscular, os limites musculoesqueléticos, as metas de saúde funcional, os recursos necessários para o equipamento dos exercícios a preferência pessoal e o suporte social.
13. Especificar o nível de resistência, o número de repetições, o número de sequências e a frequência das sessões de "treinamento", de acordo com o nível de aptidão e a presença/ausência de fatores de riscos para o exercício.
14. Orientar o paciente a ter descansos breves depois da sequência, se necessário.
15. Especificar o tipo e a duração da atividade de aquecimento/esfriamento (por exemplo: alongamentos, caminhada, exercícios físicos).
16. Demonstrar o alinhamento corporal correto (postura) e formulário de levantamento de peso para exercitar todos os grupos importantes de músculos.
17. Usar movimentos recíprocos para evitar lesão em exercícios selecionados.
18. Auxiliar o paciente a conversar sobre os padrões de movimentos prescritos ou a realizá-los sem pesos até que a forma correta seja aprendida.
19. Modificar os movimentos e os métodos de aplicação de resistência para pacientes restritos a cadeira ou ao leito.

20. Orientar o paciente a reconhecer sinais/ sintomas de tolerância/ intolerância aos exercícios durante e após as sessões (por exemplo: dor de cabeça; falta de fôlego; dor muscular esquelética e articular, além do usual; fraqueza; fadiga extrema; angina; transpiração profusa; palpitações).
21. Orientar o paciente a fazer as sessões de exercícios para grupos musculares específicos, em dias alternados, para facilitar a adaptação dos músculos ao treinamento.
22. Orientar o paciente a fazer três sessões de treinamento, com cada grupo muscular, semanalmente, até suas metas serem alcançadas e, depois, colocá-lo em programa de manutenção.
23. Orientar o paciente para evitar exercícios de treinamento de força durante extremos de temperatura.
24. Auxiliar a determinar a frequência de aumento progressivo do trabalho com os músculos.
25. Providenciar instruções escritas e com desenhos/ fotos para serem levadas para casa, como diretrizes gerais e a forma de movimentar cada grupo muscular.
26. Ajudar o paciente a elaborar um sistema de registro contínuo, que inclua a quantidade de resistência e o número de repetições, além das sequências para o monitoramento do progresso da aptidão muscular.
27. Ajudar o paciente a elaborar um sistema de registro contínuo, que inclua a quantidade de resistência e o número de repetições, além das sequências para monitoramento do progresso na aptidão muscular.
28. Reavaliar mensalmente os níveis de aptidão muscular.
29. Estabelecer uma agenda de acompanhamento para manter a motivação, ajudar a resolver problemas e a monitorar o progresso.
30. Ajudar a alterar programas ou desenvolver estratégias para prevenir monotonia e desistência.
31. Cooperar com a família e outros profissionais da saúde (por exemplo: terapeuta de atividades, terapeuta ocupacional, terapeuta de exercícios, terapeuta recreacional, fisioterapeuta) no planejamento e monitoramento do programa de treinamento muscular.

INTERVENÇÃO

Terapia com exercício: equilíbrio - Uso de atividades, posturas e movimentos específicos para manter, melhorar ou restaurar o equilíbrio. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Determinar a capacidade do paciente para participar de atividades que exijam equilíbrio.
2. Cooperar com terapeutas ocupacionais, recreacionais e o fisioterapeuta no desenvolvimento e na execução de um programa de exercícios, conforme apropriado.
3. Avaliar as funções sensoriais (por exemplo: visão, audição e propriocepção).
4. Dar oportunidade ao paciente para discutir sobre fatores que influenciam o medo de cair.
5. Propiciar um ambiente seguro para a prática de exercícios.
6. Orientar o paciente sobre a importância da terapia com exercícios para manter e melhorar o equilíbrio.

7. Estimular programas de exercícios de baixa intensidade, com oportunidades de partilhar emoções.
8. Orientar o paciente sobre exercícios de equilíbrio, como se colocar de pé sobre uma só perna, inclinar-se para a frente, exercícios de alongamento e resistência, conforme apropriado.
9. Ajudar com o fortalecimento do tornozelo e programas de deambulação.
10. Informar sobre terapias alternativas, como ioga e Tai-Chi.
11. Adaptar o ambiente para facilitar a concentração.
12. Oferecer dispositivos auxiliares (por exemplo: bengala, andador, travesseiros ou almofadas) para o paciente se apoiar ao realizar o exercício.
13. Ajudar o paciente a formular metas realistas e mensuráveis.
14. Reforçar ou orientar sobre formas de como se posicionar e fazer os movimentos para manter ou melhorar o equilíbrio durante exercícios ou atividades da vida diária.
15. Auxiliar o paciente a participar de exercícios de alongamento enquanto deitado, sentado ou de pé.
16. Ajudar o paciente a se movimentar sentado, estabilizar o tronco com os braços nas laterais da cama/cadeira e a balançar o tronco sobre os braços de apoio.
17. Auxiliar o paciente a ficar de pé (sentar) e a balançar o corpo para os lados, estimulando mecanismos de equilíbrio.
18. Encorajar o paciente a manter uma base ampla de apoio se necessário.
19. Auxiliar o paciente a ficar de pé, com os olhos fechados, por breves períodos e intervalos regulares, para estimular a propriocepção.
20. Monitorar a resposta do paciente aos exercícios de equilíbrio.
21. Fazer um levantamento, em casa, para identificar perigos ambientais e comportamentais existentes, se for o caso.
22. Oferecer recursos para programas de equilíbrio, exercícios ou educação sobre quedas.
23. Encaminhar para terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta a respeito de exercícios de treinamento do hábito vestibular.

INTERVENÇÃO

Terapia com exercício: mobilidade articular - Movimento ativo e passivo do corpo para manter ou restaurar a flexibilidade articular. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Determinar as limitações do movimento articular e o efeito sobre o funcionamento.
2. Cooperar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e na execução de um programa de exercícios.
3. Determinar o nível motivacional do paciente para manter ou restaurar o movimento das articulações.
4. Explicar ao paciente/aos familiares a finalidade e o plano dos exercícios para as articulações.
5. Monitorar o local e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.
6. Iniciar medidas de controle da dor antes do início dos exercícios articulares.
7. Vestir o paciente com roupas folgadas.
8. Proteger o paciente contra trauma durante o exercício.
9. Auxiliar o paciente a posicionar o corpo da melhor maneira para os movimentos articulares passivos/ativos.

10. Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimentos, conforme um programa regular e planejado
11. Fazer exercícios de amplitude de movimentos passivos ou assistidos, conforme indicado.
12. Orientar paciente/família sobre a maneira de realizar, sistematicamente, exercícios de amplitude de movimentos ativos, passivos ou assistidos.
13. Dar instruções escritas na alta sobre os exercícios.
14. Auxiliar o paciente a criar uma agenda para os exercícios ativos de amplitude de movimentos.
15. Encorajar o paciente a visualizar o movimento do corpo antes de iniciar o movimento.
16. Auxiliar o paciente nos movimentos rítmicos e regulares das articulações, nos limites da dor, resistência e mobilidade articulares.
17. Encorajar o paciente a se sentar na cama, na lateral (com as pernas pendentes), ou em poltrona, conforme a tolerância.
18. Encorajar a deambulação, se adequado.
19. Determinar a evolução em direção à conquista de metas.
20. Oferecer reforço positivo pela realização dos exercícios para as articulações.

INTERVENÇÃO

Terapia com exercícios: controle muscular - Uso de protocolos específicos de atividade ou exercício para melhorar ou restaurar movimentos controlados do corpo. Nível de categoria: Sugerido.

Atividades

1. Determinar a prontidão do paciente para envolvimento do protocolo de atividade ou exercício.
2. Colaborar com o fisioterapeuta e o terapeuta recreacional ou ocupacional no desenvolvimento ou execução de programa de exercícios, conforme apropriado.
3. Consultar um fisioterapeuta para determinar a melhor posição para o paciente durante os exercícios e o número de repetições para cada padrão de movimento.
4. Avaliar as funções sensoriais (por exemplo: visão, audição e propriocepção).
5. Explicar as razões da escolha do tipo de exercício e o protocolo para o paciente/ a família.
6. Dar privacidade para que o paciente se exercite, se desejar.
7. Ajustar a iluminação, a temperatura ambiente e o nível de ruídos para melhorar a capacidade de concentração do paciente na atividade/ exercício.
8. Elaborar uma sequência para as atividades diárias de cuidado de modo a melhorar os efeitos da terapia com exercícios específicos.
9. Iniciar medidas de controle da dor antes do início do exercício/ atividade.
10. Vestir o paciente com roupas folgadas.
11. Ajudar a manter o tronco e/ ou estabilidade das articulações proximais durante a atividade motora.
12. Aplicar talas de apoio para conseguir estabilidade das articulações proximais envolvidas nas habilidades de motricidade fina, conforme prescrição.
13. Reavaliar a necessidade de dispositivos auxiliares com intervalos regulares junto com o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o recreacional.
14. Ajudar o paciente a se sentar/ ficar de pé para o protocolo de exercícios, conforme apropriado.

15. Reforçar as instruções dadas ao paciente sobre a forma correta de fazer os exercícios para minimizar a lesão e maximizar a eficiência.
16. Determinar a precisão da imagem corporal.
17. Reorientar o paciente para ter consciência do corpo.
18. Reorientar o paciente para as funções de movimento do corpo.
19. Acompanhar e instruir o paciente para, visualmente, sondar o lado afetado do corpo, ao fazer as atividades da vida diária ou os exercícios se forem indicados.
20. Providenciar indicadores por etapas para todas as atividades motoras durante o exercício ou as atividades da vida diária (ADL).
21. Orientar o paciente a “repetir em voz alta” todos os movimentos enquanto os executa.
22. Usar auxiliares visuais para facilitar a aprendizagem da forma de realizar as atividades da vida diária ou os movimentos dos exercícios, conforme apropriado.
23. Oferecer um ambiente repousante ao paciente depois do período de exercício.
24. Ajudar o paciente a elaborar um protocolo de exercícios para força, resistência e flexibilidade.
25. Ajudar o paciente a formular metas realistas e mensuráveis.
26. Empregar as atividades motoras que exijam atenção e uso dos dois lados do corpo.
27. Incorporar as atividades da vida diária (ADL) ao protocolo de exercícios, se apropriado.
28. Encorajar o paciente a praticar os exercícios com independência, se indicado.
29. Auxiliar o paciente a usar atividades de aquecimento e esfriamento e encorajá-las, antes e depois do protocolo de exercícios.
30. Usar estímulos táteis (e/ou palmadinhas) para minimizar espasmo muscular.
31. Auxiliar o paciente a preparar e manter um gráfico/ tabela de sua evolução para motivar a adesão ao protocolo de exercícios.
32. Monitorar a resposta emocional, cardiovascular e funcional do paciente ao protocolo de exercícios.
33. Monitorar o autocuidado do acidente para corrigir seu desempenho.
34. Avaliar o progresso do paciente em direção à melhora/restauração dos movimentos e da função do corpo.
35. Dar reforço positivo ao paciente na atividade física e nos exercícios.
36. Cooperar com os cuidadores domiciliares quanto ao protocolo de exercícios e às atividades da vida diária (ADL).
37. Auxiliar o paciente/cuidador a fazer as revisões prescritas do plano de exercícios domiciliares, se indicado.

INTERVENÇÃO

Promoção de exercício: Alongamento - facilitação de exercícios musculares sistemáticos de alongamento lento e permanência na posição para induzir ao relaxamento, preparar músculos/articulações para exercícios mais vigorosos e aumentar ou manter a flexibilidade do corpo.

Atividades

1. Conseguir permissão médica para instituir um plano de exercícios de alongamento, se necessário.
2. Auxiliar o paciente a investigar as próprias crenças, motivação e nível de aptidão neuromusculoesquelética.

3. Auxiliar a estabelecer metas realistas de curto e longo prazos, com base no atual nível de aptidão e estilo de vida.
4. Informar sobre mudanças associadas à idade na estrutura neuromusculoesquelética e os efeitos do desuso.
5. Informar sobre opções de sequência, atividades específicas de alongamento, local e horário.
6. Ajudar a elaborar um programa de exercícios coerente com a idade, a condição física, as metas, a motivação e o estilo de vida.
7. Auxiliar a desenvolver um plano de exercícios que incorpore uma sequência ordenada de movimentos de alongamento, incrementos na duração da fase de manutenção do movimento e no número de repetições para cada movimento de alongar lentamente e manter coerente com o nível de aptidão neuromusculoesquelética ou a presença de patologias.
8. Orientar para começar a rotina de exercícios em grupos de músculo/articulações menos rígidos ou doloridos e, gradativamente, passar para grupos de músculos/articulações mais limitados.
9. Orientar para, lentamente, estender os músculos/articulações a um ponto de alongamento total (ou desconforto razoável), manter a posição por tempo marcado e, lentamente, relaxar os músculos tensionados.
10. Orientar para evitar movimentos rápidos, forçados ou pendulares para prevenir a estimulação exagerada do reflexo miotático ou sensibilidade muscular excessiva.
11. Orientar sobre formas de monitorar a própria adesão ao programa e ao processo na direção da(s) meta(s), por exemplo: incrementos na amplitude dos movimentos articulares, percepção da liberação da tensão muscular, aumento da duração da fase de “manutenção” da posição e a quantidade de repetições sem dor e fadiga, além de aumentos na tolerância a exercícios vigorosos.
12. Oferecer instruções escritas e ilustradas de cada componente dos movimentos para serem levados para casa.
13. Acompanhar com instruções as demonstrações de retorno dos exercícios, se necessário.
14. Monitorar a adesão à técnica e ao programa, em horário e local de acompanhamento específicos.
15. Monitorar a tolerância ao exercício (por exemplo: presença de sintomas como falta de ar, pulso rápido, palidez, dor de cabeça ou dor e edema muscular/articular) durante os exercícios.
16. Reavaliar o plano de exercícios se persistirem os sintomas de baixa tolerância ao exercício depois de uma pausa.
17. Cooperar com familiares no planejamento, no ensino e no monitoramento de um plano de exercícios.

DOMÍNIO: Fisiológico básico\Classe B: controle da eliminação - Intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados.

INTERVENÇÃO

Cuidados na incontinência intestinal: Promoção da continência intestinal e manutenção da integridade da pele perianal. Nível de categoria: opcional.

Atividades

1. Determinar a causa física ou psicológica da incontinência fecal.
2. Determinar o início e o tipo de incontinência intestinal, a frequência dos episódios e todas as mudanças relacionadas à função intestinal ou consistência fecal.
3. Explicar a etiologia do problema e a justificativa das ações.
4. Determinar as metas dos programas de controle intestinal com o paciente/familiares.
5. Discutir sobre os procedimentos e os resultados esperados com o paciente.
6. Orientar o paciente/familiares para registrar a eliminação fecal, conforme apropriado.
7. Lavar a área perineal com sabão e água e secá-la completamente, depois de cada eliminação de fezes.
8. Usar preparado com detergente não iônico, como Peri-Wash®, para higienizar, conforme apropriado.
9. Usar talcos e cremes na área perianal com cautela.
10. Manter limpas a cama e as roupas.
11. Implementar o programa de treinamento intestinal, conforme apropriado.
12. Monitorar a ocorrência de evacuação intestinal adequada.
13. Monitorar as exigências alimentares e de líquidos.
14. Evitar alimentos que causem diarreia.
15. Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais na administração de medicamentos.
16. Usar bolsa retal, conforme apropriado.
17. Esvaziar a bolsa retal, conforme a necessidade.
18. Oferecer forros/ fraldas para incontinência, conforme necessidade.
19. Oferecer calças de proteção, conforme a necessidade.

INTERVENÇÃO

Conduta no prolapso RETAL - prevenção e/ou redução manual de prolapso retal

Atividades

1. Identificar pacientes com histórico de prolapso retal.
2. Encorajar a ação de evitar esforço a defecar, erguer objetos e excesso na posição de pé.
3. Orientar o paciente a regular a função intestinal com dieta, exercícios e medicamentos, conforme apropriado.
4. Ajudar o paciente a identificar atividades específicas que tenham desencadeado episódios de prolapso retal no passado.
5. Monitorar a ocorrência de incontinência intestinal.
6. Monitorar o estado de prolapso retal.
7. Posicionar o paciente deitado sobre o lado esquerdo, com os joelhos erguidos até o peito, quando o reto estiver em prolapso.
8. Colocar pano embebido em água ou solução salina sobre o intestino em protrusão para protegê-lo contra o ressecamento.
9. Encorajar o paciente a ficar deitado de lado para facilitar a volta do intestino para o reto de forma natural.
10. Manualmente reduzir o prolapso retal, usando mão enluvada e lubrificada, aplicando pressão suave ao prolapso até sua volta a posição normal se necessário.
11. Checar a área do reto 10 minutos após a redução manual para garantir que o prolapso esteja na posição certa.

12. Identificar a frequência de ocorrência do prolapso retal.
13. Avisar o médico das mudanças na frequência de ocorrências ou incapacidade de, manualmente, reduzir o prolapso, conforme apropriado.
14. Auxiliar a tentativa pré-operatória, conforme apropriado, ajudando a explicar os exames e a reduzir a ansiedade de paciente que fará cirurgia de reparo.

DOMÍNIO: Fisiológico básico\ Classe C: Controle da imobilidade - intervenções para controlar a restrição de movimentos limitados do corpo e as sequelas

INTERVENÇÃO

Cuidados com o aparelho GESSADO: manutenção – cuidado com o aparelho gessado após o período de secagem.

Atividades

1. Monitorar o surgimento de sinais de infecção (odor desagradável no gesso, eritema, febre).
2. Monitorar o surgimento de sinais de prejuízo circulatório ou da função neurológica na extremidade com gesso (p. ex., dor, palidez, ausência de pulso, parestesia, paralisia e pressão).
3. Monitorar a circulação e a função neurológica dos tecidos acima e abaixo do gesso.
4. Tratar imediatamente os sintomas de circulação comprometida e dor (p. ex., reposicionar o aparelho gessado, fazer exercícios de amplitude de movimentos na extremidade; agir imediatamente para aliviar a pressão do gesso).
5. Examinar o aparelho gessado em busca de sinais de drenagem das feridas sob o gesso.
6. Marcar a circunferência de qualquer drenagem, como medida para futuras investigações.
7. Proteger o aparelho gessado se localizado próximo à virilha.
8. Orientar o paciente para não coçar a pele sob o aparelho gessado usando objetos.
9. Oferecer alternativas ao ato de coçar (p. ex., ar frio de secador de cabelos).
10. Evitar molhar o aparelho gessado (p. ex., usar proteção adequada no banho ou higiene íntima, meias ou luvas protetoras).
11. Posicionar o aparelho gessado sobre o travesseiro para reduzir a tensão a outras partes do corpo, com o calcanhar com gesso fora do travesseiro.
12. Aplicar gelo nas primeiras 24 a 36 horas para reduzir edema ou inflamação.
13. Elevar a extremidade com gesso na altura do coração ou acima para reduzir edema ou inflamação.
14. Verificar o surgimento de fissuras ou rachaduras no gesso.
15. Aplicar tipoia no braço para apoio, conforme apropriado.
16. Forrar os cantos mais ásperos e as conexões da tração.
17. Ensinar os cuidados com o aparelho gessado ao paciente e familiares.
18. Registrar as instruções de cuidado de aparelho gessado dadas ao paciente e aos familiares.
19. Registrar as observações da capacidade do paciente para cuidar do aparelho gessado.

INTERVENÇÃO

Cuidado com o aparelho GESSADO: úmido – Cuidado com o aparelho gessado novo durante o período de secagem.

Atividades

1. Monitorar a ocorrência de sinais de prejuízo da circulação ou função neurológica (p. ex., dor, palidez, ausência de pulso, parestesias, paralisia e pressão) na extremidade afetada.
2. Monitorar a circulação e a função neurológica dos tecidos acima e abaixo do aparelho gessado.
3. Tratar imediatamente os sintomas de circulação comprometida, para evitar danos permanentes à condição neurológica (p. ex., reposicionamento do gesso, informação de sintomas não solucionados, que precise de alívio imediato da função do gesso).
4. Apoiar o aparelho gessado com travesseiros durante o período de secagem.
5. Manusear a extremidade gessada apenas com as palmas das mãos, até secar, para evitar marcas dos dedos no gesso que podem causar feridas de pressão.
6. Informar ao paciente que o gesso ficará quente enquanto seca.
7. Proteger o gesso se ficar próximo da virilha.
8. Manter os ângulos do aparelho gessado durante o período de secagem.
9. Examinar o aparelho gessado em busca de sinais de drenagem de feridas abaixo deles.
10. Marcar a circunferência de drenagem surgida como medida para futuras investigações.
11. Explicar a necessidade de limitar as atividades durante a secagem.
12. Identificar todas as mudanças nas sensações ou aumento de dor no local da fratura.
13. Aplicar gelo nas primeiras 24 a 36 horas, para reduzir edema ou inflamação, conforme apropriado.
14. Elevar a extremidade com gesso na altura do coração ou acima dele, para reduzir edema ou inflamação, se indicado.
15. Ensinar o paciente e seus familiares sobre os cuidados com o aparelho gessado.
16. Registrar as instruções de cuidados do aparelho gessado dadas ao paciente e aos familiares.

INTERVENÇÃO

Posicionamento: Posicionamento deliberado do paciente, ou de parte do seu corpo, para promover bem-estar fisiológico e/ ou psicológico. Nível de categoria: Sugerido.

Atividades

1. Colocar o paciente sobre o colchão/cama terapêutico/a adequado/a.
2. Proporcionar um colchão firme.
3. Explicar ao paciente que serão feitas mudanças de posição, conforme apropriado.
4. Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição, conforme apropriado.
5. Monitorar o estado de oxigenação antes e depois de troca de posição.
6. Pré-medicação ao paciente antes de virá-lo, conforme apropriado.
7. Colocar o paciente na posição terapêutica designada.
8. Incorporar a posição de sono preferida no plano de cuidados, se não houver contraindicação.
9. Posicionar o paciente, considerando o alinhamento correto do corpo.
10. Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, conforme apropriado.

11. Elevar a parte do corpo afetada, conforme apropriado.
12. Posicionar o paciente para aliviar a dispneia, conforme apropriado.
13. Oferecer apoio para áreas edemaciadas, conforme apropriado.
14. Posicionar o paciente para facilitar a combinação entre a ventilação e a perfusão, conforme apropriado.
15. Encorajar o paciente a fazer exercícios ativos e passivos de amplitude de movimentos, conforme apropriado.
16. Oferecer apoio adequado ao pescoço.
17. Evitar colocar o paciente em posição que aumente a dor.
18. Evitar colocar o coto amputado na posição flexionada.
19. Minimizar o atrito e o cisalhamento ao posicionar e virar o paciente.
20. Colocar um apoio para os pés na cama.
21. Virar o paciente usando a técnica de rolar.
22. Posicionar o paciente de modo a promover drenagem urinária, conforme apropriado.
23. Posicionar o paciente evitando colocar tensão sobre o ferimento, conforme apropriado.
24. Oferecer apoio às costas, conforme apropriado.
25. Elevar a extremidade afetada a 20 graus ou mais, acima do nível do coração, para melhorar o retorno venoso, conforme apropriado.
26. Orientar o paciente sobre o uso de uma boa postura e boa mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade.
27. Monitorar os dispositivos de tração quanto à instalação correta.
28. Manter a posição e a integridade da tração.
29. Elevar a cabeceira da cama, conforme apropriado.
30. Virar o paciente, conforme indicação da condição da pele.
31. Elaborar uma programação escrita de reposicionamento, conforme apropriado.
32. Virar o paciente, no mínimo, a cada duas horas, de acordo com a programação específica, conforme apropriado.
33. Usar os recursos adequados para apoiar os membros.
34. Colocar os objetos de uso frequente ao alcance das mãos.
35. Colocar o mecanismo de troca de posição da cama ao alcance das mãos do paciente.
36. Colocar uma campainha ao alcance das mãos do paciente.

INTERVENÇÃO

Imobilização – Estabilização, imobilização e/ou proteção de parte do corpo lesionada com dispositivo de apoio.

Atividades

1. Posicionar a parte do corpo com sacos de areia ou outro recurso, conforme apropriado.
2. Apoiar a parte do corpo afetada.
3. Aplicar imobilizador com ar, conforme apropriado.
4. Aplicar uma tala para apoiar a parte do corpo lesionada.
5. Forrar a área lesionada para evitar atrito causado pelo dispositivo, conforme apropriado.
6. Imobilizar a perna lesionada na posição distendida, conforme apropriado.

7. Imobilizar o braço lesionado em posição flexionada ou estendida, conforme apropriado.
8. Movimentar a extremidade lesionada o mínimo possível.
9. Estabilizar articulações proximais ou distais no imobilizador, quando possível.
10. Mobilizar a circulação na parte do corpo afetada.
11. Monitorar em relação a sangramento no local da lesão.
12. Monitorar a integridade da pele sob o dispositivo de apoio.
13. Dar apoio aos pés, usando tábua especial, conforme apropriado.
14. Dar apoio a mãos paralisadas, numa posição funcional.
15. Encorajar exercícios isométricos, conforme apropriado.
16. Ensinar o paciente a observar e cuidar do aparelho mobilizador.

INTERVENÇÃO

Cuidado com a tração/imobilização: controle de paciente em tração/ou dispositivo para imobilizar ou estabilizar uma parte do corpo.

Atividades

1. Posicionar com o alinhamento correto do corpo.
2. Manter a posição adequada da cama para intensificar a tração,
3. Assegurar que estejam sendo aplicados os pesos corretos.
4. Assegurar que as cordas e as roldanas estejam penduradas livremente
5. Assegurar que a tração das cordas e dos pesos permaneça ao longo do eixo do osso fraturado.
5. Fixar os pesos da tração ao movimentar os pacientes.
6. Manter a tração em todos os momentos.
7. Monitorar a capacidade de autocuidado do paciente, enquanto estiver em tração.
8. Monitorar o mecanismo de fixação externa.
9. Monitorar os locais de fixação dos pinos.
10. Monitorar a pele e as saliências ósseas, observando sinais de ruptura.
11. Monitorar a circulação, os movimentos e a sensibilidade na extremidade afetada.
12. Monitorar a ocorrência de complicações da imobilidade.
13. Realizar os cuidados nos locais de inserção dos pinos.
14. Administrar cuidados adequados à pele em pontos de atrito.
15. Providenciar trapézio para movimentos na cama, conforme apropriado.
16. Orientar sobre cuidados do dispositivo de imobilização, se necessário.
17. Orientar sobre cuidados do mecanismo de fixação externa, se necessário.
18. Orientar sobre os cuidados com os locais de pinos se necessário.
19. Orientar sobre a importância da nutrição adequada para cicatrização óssea.

INTERVENÇÃO

Cuidados com o repouso no leito: Promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações em paciente incapaz de sair do leito.

Atividades

1. Explicar as razões da exigência do repouso no leito.
2. Colocar colchão/cama terapêutica apropriada.
3. Posicionar em alinhamento corporal correto.
4. Evitar o uso de lençóis com textura áspera.
5. Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras.

6. Colocar na cama um apoio para os pés.
7. Usar recursos na cama (por exemplo: pele de carneiro) que protejam o paciente.
8. Aplicar dispositivos que evitem a queda plantar.
9. Elevar as laterais da cama, conforme apropriado.
10. Colocar o dispositivo de mudança de posição da cama ao alcance da mão do paciente.
11. Colocar a campainha ao alcance do paciente.
12. Colocar mesa de cabeceira ao alcance do paciente.
13. Colocar trapézio na cama conforme apropriado.
14. Virar o paciente conforme indicado pela condição de pele.
15. Virar o paciente imobilizado, no mínimo, de duas em duas horas, conforme horários especificados.
16. Monitorar a condição de pele.
17. Ensinar exercícios a serem feitos no leito, conforme apropriado.
18. Facilitar pequenas trocas para aliviar a pressão do peso corporal.
19. Fazer exercícios passivos e ou ativos de amplitude de movimentos.
20. Ajudar nas medidas de higiene por exemplo: (uso de desodorante ou perfume).
21. Auxiliar nas atividades da vida diária.
22. Aplicar meias antiembolia.
23. Monitorar a ocorrência de constipação.
24. Monitorar a função urinária.
25. Monitorar a condição pulmonar.

DOMÍNIO: Fisiológico Básico\Classe D: Apoio Nutricional – Intervenções para mobilizar ou manter o estado nutricional

INTERVENÇÃO

Controle da nutrição: Auxílio ou oferta de ingestão nutricional equilibrada de alimentos e líquidos. Nível de categoria: Opcional

Atividades

1. Perguntar se o paciente tem alguma alergia alimentar.
2. Determinar as preferências alimentares do paciente.
3. Determinar, junto com o nutricionista, conforme apropriado, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais do paciente.
4. Encorajar a ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e estilo de vida.
5. Encorajar maior ingestão de alimentos com ferro, conforme apropriado.
6. Encorajar para mais ingestão de proteínas, ferro e vitamina C, conforme apropriado.
7. Oferecer lanches, conforme apropriado.
8. Oferecer alimentos leves, cremosos e pouco temperados, conforme apropriado.
9. Oferecer substituto do açúcar, conforme apropriado.
10. Assegurar que a dieta inclua alimentos ricos em fibras para evitar constipação.
11. Oferecer temperos e condimentos como alternativas para substituir o sal.
12. Oferecer ao paciente bebida de consumo fácil e alimentos nutritivos, ricos em proteínas e calorias e que possam ser consumidas sem talheres, conforme apropriado.
13. Proporcionar a escolha de alimentos.
14. Adaptar a dieta ao estilo de vida do paciente, conforme apropriado.

15. Ensinar ao paciente formas de manter um diário alimentar quando necessário.
16. Monitorar a ingestão, registrando o conteúdo nutricional e as calorias consumidas.
17. Pesar o paciente a intervalos adequados.
18. Encorajar o paciente a usar dentaduras adequadamente ajustadas e/ou providenciar cuidados dentários.
19. Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e a forma de satisfazê-los.
20. Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.
21. Determinar a capacidade do paciente para satisfazer às suas necessidades nutricionais.
22. Ajudar o paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados comunitários apropriados, conforme a necessidade.

INTERVENÇÃO

Terapia nutricional: administração de alimentos e líquidos para sustentar os processos metabólicos de pacientes desnutridos ou com risco para desnutrição.

Atividades

1. Fazer uma avaliação nutricional, conforme apropriado.
2. Monitorar alimento/líquidos ingeridos e calcular a ingestão calórica diária, conforme apropriado.
3. Monitorar a adequação das prescrições alimentares, de modo a atenderem às necessidades nutricionais diárias, conforme apropriado.
4. Determinar, com o nutricionista, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais, conforme apropriados.
5. Determinar as preferências alimentares, considerando as preferências culturais e religiosas.
6. Selecionar suplementos nutricionais, conforme apropriado.
7. Encorajar o paciente a selecionar alimentos semipastosos quando a falta da saliva for obstáculo para a deglutição.
8. Encorajar a ingestão de alimentos ricos em cálcio, conforme apropriado.
9. Encorajar a ingestão de alimentos e líquidos ricos em potássio, conforme apropriado.
10. Assegurar que a dieta inclua alimentos ricos em fibras para evitar constipação.
11. Oferecer ao paciente alimentos que possam ser comidos sem talheres, que sejam ricos em proteínas, calorias, nutrientes, além de bebidas de fácil consumo, conforme apropriado.
12. Auxiliar o paciente a selecionar alimentos suaves, pouco condimentados e não ácidos, conforme apropriado.
13. Determinar a necessidade de alimentação via sonda enteral.
14. Administrar a alimentação enteral, conforme apropriado.
15. Interromper o uso de alimentos por sonda, quando for tolerada a ingestão oral.
16. Administrar líquidos hiperalimentares, conforme apropriado.
17. Assegurar a disponibilidade de dieta terapêutica progressiva.
18. Oferecer a nutrição necessária dentro do limite da dieta prescrita.
19. Encorajar o paciente a consumir alimentos preparados em casa e levados ao hospital, conforme apropriado.
20. Sugerir tentativas de eliminar alimentos com lactose, conforme apropriado.
21. Oferecer temperos e condimentos como alternativa para substituir o sal.

22. Estruturar o ambiente de modo a criar um clima agradável e relaxante.
23. Apresentar os alimentos de forma atraente, agradável, levando em conta a cor, a textura e a variedade.
24. Providenciar o cuidado oral antes das refeições, conforme a necessidade.
25. Auxiliar o paciente a se sentar antes de comer ou de ser alimentado.
26. Monitorar os dados laboratoriais, conforme apropriado.
27. Orientar o paciente e a família a respeito da dieta prescrita.
28. Encaminhar o paciente para ensino e planejamento da dieta, quando necessário.
29. Dar ao paciente e à família exemplos escritos de dieta prescrita.

INTERVENÇÃO

Administração de NUTRIÇÃO Parentérica Total (NPT): preparo e oferecimento de nutrientes intravenosos e monitoramento da resposta do paciente.

Atividades

1. Ajudar na inserção de linha central.
2. Inserir cateter central intravenoso periférico conforme o protocolo da instituição.
3. Confirmar a colocação correta do cateter central intravenoso por meio de exame radiográfico.
4. Manter a desobstrução e o curativo da linha central conforme o protocolo da agência.
5. Monitorar a ocorrência de infiltração e infecção.
6. Verificar a solução NPT para garantir a inclusão dos nutrientes corretos, conforme a prescrição.
7. Manter técnica estéril ao preparar e pendurar as soluções NPT.
8. Usar uma bomba de infusão para o oferecimento das infusões NPT.
9. Manter uma taxa de fluxo constante da solução NPT.
10. Evitar, por meio de substituição rápida, atraso na solução NPT.
11. Monitorar o peso diariamente.
12. Monitorar a ingestão e a eliminação.
13. Monitorar a albumina sérica, a proteína total, os eletrólitos, os níveis de glicose e o perfil bioquímico.
14. Monitorar os sinais vitais.
15. Monitorar a urina quanto à glicosúria, à cetonúria e à proteinúria.
16. Administrar insulina, conforme prescrito, para manter o nível de glicose sérica na variação estabelecida apropriadamente.
17. Informar sinais e sintomas anormais associados à NPT ao médico e modificar os cuidados conforme apropriado.
18. Manter precauções universais.

DOMÍNIO: Fisiológico básico/Classe E: Promoção do controle físico

INTERVENÇÃO

Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS): estimulação da pele e tecidos subjacentes com vibração elétrica controlada de baixa voltagem, via eletrodos.

Atividades

1. Discutir sobre as razões e os limites, além dos problemas potenciais da TENS com o paciente, o familiar e/ou pessoas importantes.

2. Determinar se é adequada a recomendação para TENS.
3. Discutir sobre a terapia com o médico e conseguir a prescrição para TENS, se adequado.
4. Selecionar o local a ser estimulado considerando outros locais, quando não for possível a aplicação direta (por exemplo: adjacente a, distal a, entre áreas afetadas e o cérebro e contralateral).
5. Determinar a amplitude terapêutica, a frequência e a largura dos pulsos.
6. Oferecer instrução completa escrita e verbal sobre o uso da TENS e seu funcionamento.
7. Aplicar os eletrodos no local a ser estimulado.
8. Ajustar amplitude, frequência e/ou largura de pulsos a ajustes predeterminados indicados.
9. Manter a estimulação durante o intervalo predeterminado (contínua ou intermitente).
10. Orientar o paciente a ajustar o local e os dados numéricos de ajuste para obter a resposta desejada, com base na tolerância individual, se adequado.
11. Observar a aplicação da TENS no paciente e o exame da superfície da pele.
12. Examinar ou orientar o paciente a examinar os locais dos eletrodos em relação a uma possível irritação da pele a cada aplicação ou, pelo menos, a cada 12 horas, conforme apropriado.
13. Usar a TENS sozinha ou com outras medidas, conforme apropriado.
14. Avaliar e documentar a eficácia da TENS para alterar a sensação de dor periodicamente.

DOMÍNIO: Fisiológico básico\Classe F: Facilitação do autocuidado

INTERVENÇÃO

Cuidado com os pés: Higienização e inspeção dos pés com fins de relaxamento, limpeza e saúde da pele. Nível de categoria: Sugerido.

Atividades

1. Examinar a pele quanto a irritação, a fissuras, a lesões, a joanetes, a calos e a deformações ou edema.
2. Examinar os calçados do paciente para verificar se servem adequadamente.
3. Fazer banhos de imersão nos pés quando necessário.
4. Secar cuidadosamente o local entre os dedos.
5. Aplicar cremes.
6. Limpar as unhas.
7. Aplicar talcos que absorvam a umidade conforme indicação.
8. Conversar com o paciente a respeito da rotina normal de cuidado com os pés.
9. Orientar o paciente/ a família sobre a importância dos cuidados com os pés.
10. Oferecer *feedback* positivo sobre as atividades de autocuidado com os pés.
11. Monitorar o modo de andar e a distribuição do peso do paciente sobre os pés.
12. Monitorar a limpeza e a condição geral dos sapatos em busca de áreas ásperas.
13. Monitorar o nível de hidratação dos pés.
14. Monitorar a ocorrência de insuficiência arterial na porção inferior das pernas.
15. Monitorar pernas e pés quanto a edema.
16. Orientar o paciente para monitorar a temperatura dos pés usando o dorso das mãos.

17. Orientar o paciente sobre a importância da inspeção, especialmente quando houver diminuição da sensibilidade.
18. Cortar as unhas dos pés normalmente mais espessas quando estiverem macias, usando um cortador especial e utilizando a curvatura do dedo como guia.
19. Encaminhar a um podólogo para o corte de unhas dos pés espessas, conforme apropriado.
20. Examinar as unhas quanto à espessura e à descoloração.
21. Ensinar o paciente a preparar e a cortar as unhas dos pés.

INTERVENÇÃO

Cuidado com as unhas: Promoção de unhas limpas, bem cuidadas e atraentes e prevenção de lesões de pele relacionadas ao cuidado inadequado das unhas. Nível de categoria: Opcional.

Atividades

1. Monitorar ou auxiliar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente.
2. Monitorar ou auxiliar o corte das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente.
3. Imergir as unhas em água morna, limpar debaixo delas e empurrar as cutículas com o instrumento especial.
4. Umedecer as áreas ao redor das unhas para evitar ressecamento.
5. Monitorar quaisquer mudanças nas unhas.
6. Remover o esmalte das unhas antes de levar o paciente para cirurgia, conforme apropriado.

INTERVENÇÃO

Cuidados com o períneo: manutenção da integridade da pele do períneo e alívio do desconforto perineal

Atividades

1. Auxiliar na higiene.
2. Manter o períneo seco.
3. Providenciar almofada para cadeira como em forma de anel, conforme apropriado.
4. Examinar a condição da incisão ou laceração (por exemplo: episiotomia).
5. Aplicar compressa fria, conforme apropriado.
6. Aplicar recurso de calor/lâmpada de aquecimento, conforme apropriado.
7. Orientar o paciente sobre o uso e as indicações do banho de assento.
8. Providenciar banhos de assento.
9. Limpar completamente o períneo em intervalos regulares.
10. Manter o paciente em posição confortável.
11. Colocar absorvente para drenagem, conforme apropriado.
12. Registrar as características da drenagem, conforme apropriado.
13. Providenciar suporte escrotal, conforme apropriado.
14. Providenciar medicamento para dor, conforme apropriado.

INTERVENÇÃO

Banho: limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento.

Atividades

1. Auxiliar o paciente no banho em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado.
2. Lavar os cabelos, conforme a necessidade e a vontade.
3. Banhar o paciente em água com temperatura agradável.
4. Usar técnicas divertidas com crianças (por exemplo: bonecos ou brinquedos laváveis, fingir que um barquinho é um submarino, perfurar orifícios em fundo de copo plástico, encher com água e imitar “chuvas” sobre a criança).
5. Auxiliar nos cuidados com o períneo se necessário.
6. Auxiliar com as medidas de higiene (por exemplo: uso de desodorante ou perfume).
7. Promover imersão dos pés conforme necessário.
8. Barbear o paciente, quando indicado.
9. Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele.
10. Oferecer a lavagem das mãos após o uso do vaso sanitário e antes das refeições.
11. Aplicar pós-secantes em dobras de pele profundas.
12. Monitorar a condição da pele durante o banho.
13. Monitorar a capacidade funcional durante o banho.

DOMÍNIO: Fisiológico complexo/Classe G: Controle eletrolítico e ácido básico.

INTERVENÇÃO

Controle hidroeletrólítico: regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e eletrólitos.

Atividades

1. Monitorar a ocorrência de níveis anormais de eletrólitos séricos, se possível.
2. Obter amostras laboratoriais para monitorar níveis alterados de líquido ou eletrólito, por exemplo: hematócrito, níveis de ureia, proteínas, sódio e potássio) conforme apropriado.
3. Pesar diariamente o paciente e monitorar as tendências.
4. Restringir a ingestão livre de água na presença de hiponatremia por diluição de sódio sérico inferior a 130 mEq por litro.
5. Oferecer líquidos conforme apropriado.
6. Promover a ingestão oral (por exemplo: oferecer líquido da preferência do paciente, colocar a seu alcance, disponibilizar um canudo e oferecer água fresca), conforme apropriado.
7. Administrar a reposição nasogástrica prescrita com base na eliminação, conforme apropriado.
8. Administrar fibras para pacientes alimentados por meio de sondas, a fim de reduzir a perda hídrica e eletrolítica pela diarreia.
9. Minimizar o número de lascas de gelo consumidas ou a quantidade de ingestão oral por pacientes com sondas nasogástrica conectadas para aspirar.
10. Irrigar as sondas nasogástricas com solução fisiológica.
11. Oferecer água livremente com as alimentações por sonda, conforme apropriado.
12. Ajustar o fluxo da infusão endovenosa (ou transfusão de sangue) em um gotejamento adequado.
13. Monitorar os resultados laboratoriais relevantes ao equilíbrio hídrico (por exemplo: hematócrito, níveis de ureia, albumina, proteína total, osmolalidade sérica e gravidade específica da urina).

14. Monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (por exemplo: gravidade específica aumentada, nível ureia aumentado, hematócrito diminuído e osmolalidade urinária aumentada).
15. Monitorar a condição hemodinâmica inclusive níveis de PVC, PAM, PAP e PACP, se possível.
16. Manter registro preciso da ingestão e eliminação.
17. Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de retenção de líquidos.
18. Instruir restrição de líquidos conforme apropriado.
19. Monitorar os sinais vitais conforme apropriado.
20. Corrigir desidratação pré-operatória conforme apropriado.
21. Manter a solução intravenosa com eletrólitos em um gotejamento constante, conforme apropriado.
22. Monitorar a resposta da paciente à terapia eletrolítica prescrita.
23. Monitorar a ocorrência de manifestações de desequilíbrio eletrolítico.
24. Oferecer a dieta adequada para o desequilíbrio hidroeletrolítico específico (por exemplo: baixo teor de sódio, com restrição de líquidos e sem adição de sal).
25. Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais dos eletrólitos suplementares prescritos (por exemplo: irritação gastrointestinal).
26. Investigar as mucosas orais do paciente, a esclerótica e a pele em busca de indicação de equilíbrio hidroeletrolítico alterado, (por exemplo: ressecamento, cianose e icterícia).
27. Consultar o médico diante de persistência ou piora de sinais e sintomas hidroeletrolíticos.
28. Administrar os eletrólitos suplementares prescritos conforme apropriado.
29. Administrar as resinas aglutinadoras /excretoras de eletrólitos prescritas, conforme apropriado
30. Instituir medidas de controle de perda excessiva de eletrólitos (por exemplo: proporcionar descanso intestinal, mudança do tipo de diurético ou administração de antipiréticos), conforme apropriado.
31. Instituir medidas de descanso dos intestinos (por exemplo: restrição de alimentos ou ingestão de líquidos e redução da ingestão de derivados do leite) se apropriado.
32. Administrar a glicose de ação rápida com carboidratos e proteínas de ação prolongada para o controle de hipoglicemia aguda, conforme apropriado.
33. Preparar o paciente para diálise (por exemplo: auxiliar a colocar o cateter para diálise), conforme apropriado.
34. Monitorar a perda hídrica (por exemplo: sangramento, vômito, diarreia, transpiração e taquipneia).
35. Promover uma imagem corporal positiva e autoestima, se houver manifestação de preocupações, em consequência da retenção excessiva de líquidos, se apropriado.

INTERVENÇÃO

Monitoração de eletrólitos: coleta e análise de dados do paciente para regular o equilíbrio dos eletrólitos.

Atividades

1. Monitorar o nível sérico de eletrólitos.
2. Monitorar o nível de albumina sérica e de proteína total, conforme indicado.
3. Monitorar ocorrência de desequilíbrios acidobásicos associados.
5. Reconhecer e informar a presença de desequilíbrios eletrolíticos.
6. Monitorar a ocorrência de perda hídrica e perda associada de eletrólitos, conforme apropriado.
7. Monitorar a ocorrência do sinal de Chvostek e/ou Trousseau.
8. Monitorar a ocorrência de manifestação neurológica de desequilíbrio eletrolítico (por exemplo: alteração sensorial e fraqueza).
9. Monitorar a adequação da ventilação.
10. Monitorar os níveis séricos de osmolalidade urinária.
11. Monitorar o traçado de ECG em busca de mudanças relativas a níveis anormais de cálcio, potássio e magnésio.
12. Observar mudanças na sensibilidade periférica, como dormência e tremores.
13. Observar a força muscular.
14. Monitorar a ocorrência de náuseas, vômitos e diarreia.
15. Identificar tratamentos que possam alterar o estado eletrolítico, como sucção gastrointestinal, diurético, anti-hipertensivos e bloqueadores dos canais de cálcio.
16. Monitorar a ocorrência de doenças médicas subsequente capaz de causar desequilíbrio eletrolítico.
17. Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de hipocalcemia: fraqueza muscular, irregularidades cardíacas (PVC), intervalo QT prolongado, onda T achatada ou deprimida, segmento ST deprimido, presença de onda U, fadiga, parestesia, diminuição dos reflexos, anorexia, constipação, motilidade gastrointestinal diminuída, tontura, confusão, aumento da sensibilidade ao digitálico e depressão respiratória.
18. Monitorar presença de sinais/ sintomas de hipercalemia: irritabilidade, inquietação, ansiedade, náusea, vômito, câibras abdominais, fraqueza, paralisia flácida, entorpecimento circum-oral e formigamento, taquicardia que evolui para bradicardia, taquicardia/ fibrilação ventricular, ondas T elevadas em picos, onda P plana, complexo QRS amplo e indistinto e bloqueio cardíaco evoluindo para assistolia.
19. Monitorar a ocorrência de sinais/ sintomas de hiponatremia: desorientação, contração muscular, náuseas e vômitos, câibras abdominais, dores de cabeça, mudança de personalidade, convulsões, letargia, fadiga, retraimento e coma.
20. Monitorar a presença de sinais/sintomas de hipernatremia: sede excessiva, febre, mucosas ressecadas e pegajosas, taquicardia, hipotensão, letargia, confusão, estado mental alterado e convulsões.
21. Monitorar a presença de sinais/ sintomas de hipocalcemia: irritabilidade, tetania muscular, sinal de Chvostek (espasmos dos músculos faciais), sinal de Trousseau (espasmos carpais), entorpecimento e formigamento periféricos, câibras musculares, débito cardíaco diminuído, seguimento ST prolongado, intervalo QT prolongado, sangramento e fraturas.
22. Monitorar a presença de sinais/ sintoma de hipercalcemia: dor óssea profunda, sede excessiva, anorexia, letargia, fraqueza muscular, segmento QT encurtado, onda T ampla, complexo QRS ampliado e intervalo P-R prolongado.

23. Monitorar a presença de sinais/sintomas de hipomagnesemia: depressão de músculos respiratórios, apatia mental, Chvstek (espasmos dos músculos faciais), sinal de Trousseau (espasmos carpais), confusão, tiques faciais, espasticidade e disritmia cardíaca.
24. Monitorar a presença de sinais/ sintomas de hipermagnesemia: fraqueza muscular, incapacidade de deglutir, hiporeflexia, hipotensão, bradicardia, depressão do sistema nervoso central (SNC), depressão respiratória, letargia, coma e depressão.
25. Monitorar a presença de sinais/ sintomas de hipofosfatemia: tendência a sangramento, fraqueza muscular, parestesia, anemia hemolítica, função deprimida dos leucócitos, náuseas, vômito, anorexia e desmineralização óssea.
26. Monitorar a presença de sinais e sintomas de hiperfosfatemia: taquicardia, náuseas, diarreia, câibras abdominais, fraqueza muscular, paralisia flácida e reflexo aumentado.
27. Monitorar a presença de sinais/ sintomas de hipocloremia: hiperirritabilidade, tetania, excitabilidade muscular, respirações lentas e hipotensão.
28. Monitorar a presença de sinais/ sintomas de hiperclorêmia: fraqueza, letargia, respiração rápida e profunda e coma.
29. Administrar os eletrólitos suplementares prescritos, conforme apropriado.
30. Oferecer a dieta adequada ao desequilíbrio eletrolítico do paciente (por exemplo: alimentos ricos em potássio ou dieta com baixo teor de sódio).
31. Ensinar ao paciente a forma de prevenir ou minimizar o desequilíbrio eletrolítico.
32. Orientar o paciente e/ou familiares sobre mudanças específicas na dieta, conforme apropriado.
33. Consultar o médico se persistirem ou piorarem os sintomas de desequilíbrio hídrico e/ou eletrolítico.

DOMÍNIO: Fisiológico Complexo\Classe H: Controle de medicamentos

INTERVENÇÃO

Controle de medicamentos: facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos

Atividades

1. Determinar os medicamentos necessários e administrá-los, conforme o profissional que os prescreveu e/ou o protocolo da instituição.
2. Discutir sobre as preocupações financeiras relativas aos medicamentos.
3. Determinar a capacidade do paciente de automedicar-se, conforme apropriado.
4. Monitorar a eficácia da modalidade de administração de medicamentos.
5. Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico da medicação.
6. Monitorar sinais e sintomas de toxicidade do medicamento.
7. Monitorar os efeitos adversos do medicamento.
8. Monitorar níveis séricos do sangue (por exemplo: eletrólitos, protrombina, medicamentos), conforme apropriado.
9. Monitorar interações não terapêuticas do medicamento.
10. Revisar periodicamente com o paciente e/ou familiares o tipo e as quantidades dos medicamentos tomados.
11. Descartar medicamentos antigos, suspensos ou contraindicados, conforme apropriado.
12. Facilitar mudanças de medicamentos junto ao médico, conforme apropriado.

13. Monitorar respostas para as mudanças no regime medicamentoso, conforme apropriado.
14. Determinar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos.
15. Monitorar a adesão ao regime de medicamentos.
16. Determinar os fatores que possam impedir o paciente de tomar os medicamentos prescritos.
17. Desenvolver estratégias com o paciente para melhorar a adesão ao regime medicamentoso prescrito.
18. Consultar outros profissionais de saúde para minimizar a quantidade e a frequência dos medicamentos necessários para um efeito terapêutico.
19. Ensinar ao paciente e à família o método de administração de medicamentos, conforme apropriado.
20. Ensinar ao paciente e/ou aos familiares a ação e os efeitos secundários esperados do medicamento.
21. Providenciar para o paciente e os familiares informações escritas e ilustradas para melhorar a autoadministração dos medicamentos, conforme apropriado.
22. Desenvolver estratégias para controlar os efeitos adversos dos medicamentos.
23. Obter prescrição médica para automedicação do paciente, conforme apropriado.
24. Estabelecer um protocolo para o armazenamento, o reabastecimento e o controle dos medicamentos deixados na cabeceira da cama do paciente com fins de automedicação.
25. Investigar os prováveis recursos financeiros para compras dos medicamentos prescritos, conforme apropriado.
26. Determinar o impacto do uso de medicamentos no estilo de vida do paciente.
27. Oferecer alternativas de horário e modalidades de automedicação dos medicamentos para minimizar os efeitos sobre o estilo de vida.
28. Auxiliar o paciente e a família a fazerem os ajustes necessários ao estilo de vida associados a determinados medicamentos, conforme apropriado.
29. Orientar o paciente sobre o momento de buscar atendimento médico.
30. Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica.
31. Informar sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica e sobre a maneira como eles podem influenciar a condição existente.
32. Determinar se o paciente está utilizando remédios caseiros, feitos de acordo com a cultura popular, e os possíveis efeitos no uso dos medicamentos prescritos e não prescritos.
33. Revisar com o paciente as estratégias de controle do regime medicamentoso.
34. Oferecer ao paciente uma lista de recursos para contato caso haja necessidade de mais informação sobre o regime de medicamentos.
35. Contatar o paciente e a família, depois da alta, conforme apropriado, para responder a perguntas e discutir sobre preocupações associadas ao regime medicamentoso.
36. Encorajar o paciente a fazer exames de triagem para determinar os efeitos dos medicamentos.

INTERVENÇÃO

Administração de medicamentos: tópicos - Preparo e aplicação de medicamentos na pele. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Seguir os “cinco certos” da administração de medicamentos.
2. Observar o histórico médico e de alergias do paciente.
3. Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.
4. Determinar a condição da pele do paciente sobre a área de aplicação do medicamento.
5. Remover a dose do medicamento previamente aplicada e limpar a pele.
6. Medir a quantidade correta dos medicamentos sistêmicos aplicados por via tópica usando um instrumento de medida padronizados.
7. Aplicar o agente tópico, conforme prescrição.
8. Aplicar adesivos transdérmicos e medicamentos tópicos em áreas sem pelos da pele, conforme apropriado.
9. Espalhar o medicamento uniformemente sobre a pele, conforme apropriado.
10. Alternar os locais de aplicação de medicamentos sistêmicos tópicos.
11. Monitorar os efeitos adversos, locais e sistêmicos da medicação.
12. Ensinar e monitorar técnicas de autoadministração, conforme apropriado.
13. Documentar a administração do medicamento e a reação do paciente, conforme o protocolo da instituição.

DOMÍNIO: Fisiológico complexo. Classe J: Cuidados Peri operatórios – Intervenções para proporcionar cuidados antes, durante e após a cirurgia.

INTERVENÇÃO

Posicionamento intraoperatório: movimentação do paciente ou de parte do corpo para promover exposição cirúrgica e reduzir o risco de desconforto e complicações.

Atividades

1. Determinar a amplitude de movimentos e a estabilidade das articulações do paciente.
2. verificar a circulação periférica e o estado neurológico.
3. Verificar a integridade da pele.
4. Usar dispositivos auxiliares para mobilizar.
5. Travar as rodas da maca e da cama na sala de cirurgia.
6. Usar uma quantidade adequada de funcionários para transferir o paciente.
7. Apoiar a cabeça e o pescoço durante transferência.
8. Coordenar a transferência e a posição com o estágio da anestesia ou o nível de consciência.
9. Proteger os sistemas IV, cateteres e circuitos respiratórios.
10. Proteger os olhos conforme apropriado.
11. Usar dispositivos auxiliares para apoiar as extremidades e a cabeça.
12. Imobilizar ou apoiar qualquer parte do corpo conforme apropriado.
13. Manter o alinhamento adequado do corpo do paciente.
14. Colocar o paciente em colchão ou almofada terapêutica apropriada.
15. Colocar o paciente na posição cirúrgica designada (por exemplo: supino, pronação, lateral, litotômica).
16. Elevar as extremidades, conforme apropriado.
17. Colocar almofadas nas proeminências ósseas.
18. Colocar almofadas ou evitar pressão sobre os nervos superficiais.
19. Colocar atadura de segurança e imobilizador de braços, se necessário.

20. Ajustar a cama cirúrgica conforme apropriado.
24. Monitorar o posicionamento e os dispositivos de tração, conforme apropriado.
25. Monitorar a posição do paciente durante toda a cirurgia.
26. Registrar a posição e os dispositivos utilizados.

DOMÍNIO: Fisiológico Complexo\Classe L: Controle de pele/ Feridas.

INTERVENÇÃO

Cuidado com ostomias: Manutenção da eliminação mediante um estoma e cuidados com o tecido circunjacente. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Orientar o paciente/ pessoa importante quanto ao uso de dispositivo/ cuidados de ostomia.
2. Fazer o paciente/ pessoa importante demonstrar o uso do equipamento.
3. Auxiliar o paciente a obter o equipamento necessário.
4. Aplicar o dispositivo de ostomia de forma que se adapte adequadamente, sempre que necessário.
5. Monitorar a cicatrização da incisão/estoma.
6. Monitorar as complicações pós-operatórias, como obstrução intestinal, íleo paralítico, vazamentos anastomóticos ou separação mucocutânea, conforme apropriado.
7. Monitorar a cicatrização do estoma/tecido circunjacente e a adaptação ao dispositivo de ostomia.
8. Trocar/esvaziar a bolsa de ostomia sempre que apropriado.
9. Irrigar a ostomia, conforme apropriado.
10. Auxiliar o paciente no autocuidado.
11. Encorajar o paciente/pessoa importante a expressar os sentimentos e as preocupações sobre mudanças na imagem corporal.
12. Investigar os cuidados da ostomia pelo paciente.
13. Explicar ao paciente quais mudanças o cuidado da ostomia trará para sua rotina diária.
14. Auxiliar o paciente a planejar seu tempo com a rotina de cuidados.
15. Orientar o paciente sobre as formas de monitorar as complicações.
16. Orientar o paciente sobre o mecanismo para reduzir odores.
17. Monitorar os padrões de eliminação.
18. Auxiliar o paciente a identificar fatores que afetam o padrão de eliminação.
19. Orientar o paciente/pessoa importante sobre a dieta adequada e as mudanças esperadas na função de eliminação.
20. Oferecer apoio e assistência enquanto o paciente desenvolve habilidades de cuidado do estoma/tecido circunjacente.
21. Ensinar o paciente a mastigar completamente os alimentos; a evitar alimentos que causaram problemas digestivos no passado; a adicionar novos alimentos à dieta, um de cada vez, e a consumir muitos líquidos.
22. Orientar sobre exercícios de Kegel, caso o paciente tenha um reservatório íleo-anal.
23. Orientar o paciente a intubar e a drenar a bolsa indiana sempre que parecer cheia.
24. Discutir sobre as preocupações relativas à função sexual, conforme apropriado.

25. Encorajar o paciente a receber visitas de pessoas do grupo de apoio nas mesmas condições.
26. Manifestar a confiança de que o paciente é capaz de retomar a vida normal com a ostomia.
27. Encorajar a participação em grupo de apoio a ostomizados após a alta.

INTERVENÇÃO

Cuidado com o local da incisão: higienização, monitoramento e promoção da cicatrização da ferida por suturas, cliques ou grampos. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Explicar o procedimento no paciente usando percepção sensorial.
2. Examinar o local da incisão quanto a hiperemia, edema ou sinais de deiscência ou evisceração.
3. Observar as características de qualquer drenagem.
4. Monitorar o processo de cicatrização do local da incisão.
5. Limpar a área ao redor da incisão com solução de limpeza adequada.
6. Limpar da área mais limpa para a menos limpa.
7. Monitorar sinais e sintomas da infecção da incisão.
8. Usar aplicadores esterilizados e com extremidades de algodão para uma limpeza eficiente de suturas, feridas profundas e estreitas ou feridas com bolsas.
9. Limpar a área ao redor de drenos ou sondas de drenagem.
10. Manter a posição das sondas de drenagem.
11. Aplicar tiras de aproximação de bordas, conforme apropriado.
12. Aplicar unguento antisséptico, conforme prescrição.
13. Remover suturas, grampos ou cliques se indicado.
14. Trocar o curativo em intervalos apropriados.
15. Aplicar curativos apropriados para proteger a incisão.
16. Facilitar ao paciente a visão da incisão.
17. Orientar o paciente sobre as formas de cuidar da incisão durante o banho de banheira ou de chuveiro.
18. Ensinar ao paciente como minimizar a pressão sobre o local da incisão.
19. Ensinar ao paciente/à família formas de cuidar da incisão, inclusive sinais e sintomas de infecção.

INTERVENÇÃO

Cuidados na amputação: Promoção do bem-estar físico e psicológico antes e depois da amputação de parte do corpo.

Atividades

1. Encorajar o paciente a participar da decisão de amputar, se possível, uma vez que sua participação é fator importante na adaptação e reabilitação pós-cirúrgica.
2. Garantir que o paciente entenda e aceite a necessidade da cirurgia de amputação antes que ela ocorra, se possível.
3. Proporcionar informações e apoio antes e depois da cirurgia.
4. Colocar colchão de alívio de pressão na cama antes da cirurgia, conforme apropriado, para ajudar a evitar o surgimento de úlceras por pressão.
5. Posicionar o coto no alinhamento corporal correto.
6. Posicionar o coto abaixo do joelho em posição estendida.
7. Evitar a colocação do coto em posição pendente, para reduzir o edema e a estase vascular.
8. Evitar mexer no curativo do coto, logo depois da cirurgia e enquanto não houver vazamento ou sinal de infecção.
9. Envolver o coto, conforme necessário.
10. Promover um apoio em forma cônica e macia, ajustado por meio de bandagem para o encaixe correto da prótese.
11. Monitorar a intensidade do edema presente no coto.
12. Monitorar a ocorrência de dor em membro fantasma (ardência, câimbras, sensação pulsátil, de esmagamento, ou dor cortante onde estava o membro).
13. Explicar que a dor do membro fantasma pode iniciar várias semanas depois da cirurgia e poderá ser desencadeada por pressão em outras áreas.
14. Administrar vários tipos de analgésicos para controlar a dor (farmacológicos e não farmacológicos), conforme a necessidade de conforto, antes e depois da cirurgia (por exemplo: massagem).
15. Monitorar a ocorrência de preocupações psicológicas relacionadas à mudança na imagem corporal, como depressão ou ansiedade.
16. Ensinar o paciente a comunicar sinais e sintomas de circulação prejudicada (por exemplo: formigamento, pulso periférico ausente, temperatura fria da pele).
17. Monitorar a cicatrização da ferida no local da incisão.
18. Colocar a área afetada em banheira de hidromassagem, conforme apropriado.
19. Examinar a pele em busca de sinais de colapso.
20. Orientar o paciente sobre as formas de realizar corretamente exercícios de amplitude de movimentos e o motivo de sua importância depois da cirurgia.
21. Auxiliar o paciente nos exercícios de amplitude de movimentos, conforme a necessidade.
22. Orientar o paciente sobre exercícios de resistência e fortalecimento dos músculos.
23. Auxiliar o paciente nos exercícios de resistência e fortalecimento, conforme a necessidade.
24. Orientar o paciente para evitar sentar-se por períodos prolongados.
25. Encorajar o uso de um trapézio para se movimentar na cama conforme apropriado.
26. Orientar sobre técnicas de transferência.
27. Elogiar a adaptação do paciente às mudanças na imagem corporal.
28. Aceitar a necessidade inicial de esconder o coto.
29. Oferecer persuasão e apoio à visão e manuseio da parte do corpo alterada.
30. Auxiliar o paciente no processo de pesar associado à perda da parte do corpo.
31. Facilitar a identificação das mudanças necessárias no estilo de vida.
32. Fixar metas mútuas de autocuidado progressivo.
33. Encorajar o paciente a praticar o autocuidado do coto.

34. Providenciar instruções apropriadas de autocuidado após a alta.
35. Oferecer oportunidades de interagir com pessoas com amputações similares, conforme apropriado.
36. Dar informações apropriadas sobre dispositivos protéticos e técnicas de mobilização.
37. Discutir sobre a necessidade de dispositivos auxiliares por longo tempo (por exemplo: modificações em casa e no carro), conforme apropriado.
38. Discutir com os pacientes sobre metas possíveis em longo prazo para reabilitação, que podem incluir andar ou até mesmo correr sem o dispositivo de apoio (por exemplo: bengala ou andador), conforme apropriado.

INTERVENÇÃO

Monitoramento das extremidades inferiores: coleta, análise e uso de dados do paciente para categorizar riscos e prevenir lesão às extremidades inferiores. Nível de categoria: Sugerido.

Atividades

1. Examinar a pele em busca de evidências de higiene insatisfatória.
2. Examinar as extremidades inferiores quanto à presença de edema.
3. Examinar as unhas dos pés quanto a mudanças.
4. Examinar a pele quanto à cor, à temperatura, à hidratação, ao crescimento de pelos, à textura e a rachaduras ou fissuras.
5. Examinar entre os dedos dos pés quanto a maceração, rachaduras ou fissuras.
6. Perguntar sobre mudanças nos pés e histórico presente ou anterior de úlceras ou cuidados com o local da incisão dos pés.
7. Determinar o estado de mobilidade.
8. Examinar os pés quanto a deformações, inclusive dedos acavalados, saliência da cabeça do metatarso e arco alto ou baixo ou mudança de Charcot.
9. Monitorar a força muscular no tornozelo e no pé.
10. Examinar os pés quanto a evidências de pressão.
11. Perguntar sobre a presença de parestesias.
12. Palpar as espessuras das partes macias sobre a cabeça do metatarso.
13. Palpar pulsos pediosos e pulsos tibiais posteriores.
14. Determinar o índice de pressão do tornozelo, conforme a indicação.
15. Perguntar sobre a presença de claudicação intermitente, dor em repouso ou dor noturna.
16. Determinar o tempo de enchimento capilar.
17. Monitorar o nível de sensação de proteção usando o monofilamento de náilon de Semmes-Weinstein.
18. Determinar o limiar da percepção vibratória.
19. Determinar reações propioceptivas.
20. Provocar reflexos do tendão profundo, conforme indicado.
21. Monitorar o modo de andar e a distribuição do peso sobre os pés.
22. Monitorar a condição dos calçados e das meias.
23. Monitorar a adequação dos calçados.
24. Monitorar a adequação das meias.
25. Monitorar a mobilidade articular.
26. Realizar supervisão constante das extremidades inferiores para determinar a necessidade de encaminhamento, no mínimo, quatro vezes por ano.

27. Usar níveis de riscos de lesões como guia para determinar encaminhamentos adequados.
28. Identificar serviços especializados em cuidados dos pés que forem necessários.
29. Consultar um médico sobre recomendações para terapia e avaliação subsequentes, conforme necessário.
30. Oferecer ao paciente/famíliares/pessoas importantes informações sobre serviços especializados de cuidado com os pés.
31. Identificar a preferência do paciente/ familiares/ pessoas importantes quanto a profissional ou instituição de saúde para encaminhamento, conforme apropriado.
32. Determinar os recursos financeiros do paciente para pagamento de serviços especializados de cuidados dos pés.
33. Oferecer auxílio para a obtenção dos recursos financeiros necessários, conforme apropriado.
34. Entrar em contato com o profissional/ instituição de saúde, conforme apropriado, para combinar serviços especializados de cuidados dos pés.
35. Providenciar encaminhamento por escrito, conforme apropriado.

INTERVENÇÃO

Controle da pressão: minimização da pressão sobre as partes do corpo. Nível de categoria: Prioritário

Atividades

1. Vestir o paciente com roupas folgadas.
2. Fazer válvula dupla e espalhar um imobilizador para aliviar a pressão.
3. Forrar as extremidades do imobilizador e as conexões da tração, conforme apropriado.
4. Colocar em colchão/cama terapêutica adequada.
5. Colocar o paciente sobre o forro de espuma de polietileno, conforme apropriado.
6. Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada.
7. Fazer massagens nas costas/nuca, como convier.
8. Erguer a extremidade lesionada.
9. Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida.
10. Facilitar pequenas trocas do peso do corpo.
11. Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão.
12. Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente.
13. Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco do paciente. (p. ex., escala de Braden).
14. Usar dispositivos adequados para manter calcanhares e saliências ósseas afastadas da cama.
15. Arrumar a cama com as dobras para os dedos dos pés.
16. Aplicar protetores de calcanhar como convier.
17. Monitorar o estado nutricional do paciente.
18. Monitorar o surgimento de fontes de pressão e atrito.

INTERVENÇÃO

Prevenção de úlcera de pressão: prevenção de úlceras de pressão em indivíduos com alto risco de desenvolvê-las. Nível de categoria: Prioritário

Atividades

1. Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de riscos individuais. (p.ex., escala de Braden).
2. Usar métodos para medir a temperatura da pele determinando o risco de úlcera de pressão, conforme o protocolo da agência.
3. Encorajar o indivíduo a não fumar e evitar o uso de álcool.
4. Documentar todas as incidências anteriores de formação de úlceras de pressão.
5. Documentar peso e trocas de peso.
6. Documentar a condição da pele na admissão e diariamente.
7. Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente.
8. Remover umidade excessiva da pele que resulta de transpiração, drenagem do ferimento e incontinência urinária e fecal.
9. Aplicar barreiras de proteção, como cremes e compressas que absorvem a umidade, para remover a umidade excessiva como convier.
10. Mudar o decúbito a cada uma ou duas horas, como convier.
11. Mudar o decúbito com cuidado (p.ex. evitar cisalhamento) para evitar lesão a uma pele fragilizada.
12. Deixar visível o horário das viradas junto ao leito, como convier.
13. Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar, pelo menos, diariamente.
14. Evitar massagem sobre saliências ósseas.
15. Posicionar com travesseiros para afastar da cama pontos de pressão.
16. Manter limpa, seca e sem rugas a roupa de cama.
17. Arrumar a cama com as dobras para os dedos dos pés.
18. Usar camas e colchões especiais, como convier.
19. Usar dispositivos sobre a cama (p.ex. pele de carneiro) para proteger o indivíduo.
20. Evitar dispositivos tipo “rosca” para a área do sacro.
21. Hidratar a pele seca e compacta.
22. Evitar água quente e usar sabonete suave no banho.
23. Monitorar surgimento de fontes de pressão e atrito.
24. Aplicar protetores nos cotovelos e calcanhares, como convier.
25. Facilitar pequenas trocas do peso do corpo, com frequência.
26. Providenciar um trapézio para ajudar o paciente a mudar o peso do corpo com frequência.
27. Monitorar a mobilidade e a atividade individuais.
28. Garantir uma ingestão adequada de alimentos, em especial, proteínas, vitaminas B e C, ferro e calorias, usando suplementos como convier.
29. Ajudar o indivíduo a manter um peso saudável.
30. Orientar familiar/cuidador sobre sinais de degradação da pele, como convier.

INTERVENÇÃO

Controle de prurido: Prevenção e tratamento do prurido. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Determinar a causa do prurido.
2. Fazer exame físico para identificar rupturas na pele.
3. Aplicar curativos ou ataduras em mãos ou cotovelos durante o sono para limitar o ato incontrolável de coçar, como convier.
4. Aplicar cremes e loções com medicamento, como convier.
5. Administrar medicamentos antiprurido, como indicado.
6. Administrar antagonistas opiáceos, como indicado.
7. Aplicar creme anti-histamínico, como convier.
8. Aplicar compressa fria para aliviar a irritação.
9. Orientar o paciente para evitar sabonetes de banhos e óleos perfumados.
10. Orientar o paciente para usar umidificador em casa.
11. Orientar o paciente para não vestir roupas justas e usar tecidos de lã ou sintéticos.
12. Orientar o paciente para manter as unhas bem curtas.
13. Orientar o paciente para minimizar a transpiração e evitar ambientes mais aquecidos/ quentes.
14. Orientar o paciente para limitar os banhos a uma ou duas vezes na semana, como convier.
15. Orientar o paciente a se banhar em água morna e secar a pele com leves palmadinhas.
16. Orientar o paciente a usar a palma da mão para esfregar ampla área da pele, ou a beliscar delicadamente a pele, usando o polegar e o indicador para aliviar a comichão.
17. Orientar o paciente que usa imobilizadores a não inserir objetos em seu interior para coçar a pele.

INTERVENÇÃO

Cuidado com a pele: tratamentos tópicos - Aplicação de substâncias típicas ou manipulação de dispositivos para conservar a integridade da pele e minimizar sua degradação. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Evitar o uso de roupas de cama com textura áspera.
2. Limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado.
3. Vestir o paciente com roupas folgadas.
4. Cobrir a pele com talco medicinal, conforme apropriado.
5. Tirar esparadrapo e resíduos.
6. Oferecer suporte a áreas edemaciadas, conforme apropriado.
7. Aplicar lubrificante nos lábios hidratados e na mucosa oral sempre que necessário.
8. Esfregar as costas/a nuca, conforme apropriado.
9. Trocar o cateter com preservativo, conforme apropriado.
10. Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado.
11. Colocar forros para incontinência, conforme apropriado.
12. Massagear ao redor da área afetada.
13. Aplicar o dispositivo de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário.
14. Cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado.
15. Proporcionar higiene íntima sempre que necessário.
16. Evitar providenciar aplicações de calor local.
17. Evitar o uso de sabonetes alcalinos na pele.

18. Imergir em banho coloidal, sempre que apropriado.
19. Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama.
20. Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme agenda específica.
21. Usar dispositivos sobre a cama que protejam o paciente.
22. Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado.
23. Aplicar talcos secantes a dobras de pele profundas.
24. Iniciar serviços de consultas do enfermeiro em terapia enterostomal sempre que necessário.
25. Aplicar curativo oclusivo transparente sempre que necessário.
26. Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado.
27. Aplicar agente anti-inflamatório tópico nas áreas afetadas, conforme apropriado.
28. Aplicar emolientes à área afetada.
29. Aplicar agente antifúngico tópico na área afetada, conforme apropriado.
30. Aplicar agente desbridante tópico na área afetada, conforme apropriado.
31. Pintar ou borrifar as verrugas com nitrogênio líquido, conforme apropriado.
32. Examinar diariamente a pele das pessoas com risco de degradação.
33. Documentar o grau de degradação da pele.
34. Adicionar umidade ao ambiente, usando umidificador se necessário.

INTERVENÇÃO

Supervisão da pele: coleta e análise dos dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas. Nível de categoria: Prioritário

Atividades

1. Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, a edema e à drenagem.
2. Observar as extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações.
3. Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado.
4. Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele (p.ex., escala de Braden).
5. Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios.
6. Monitorar a cor e a temperatura da pele.
7. Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões.
8. Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos.
9. Monitorar o aparecimento de fontes de pressão e atrito.
10. Monitorar a ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas.
11. Examinar as roupas quanto à compressão.
12. Documentar mudanças na pele e nas mucosas.
13. Instituir medidas de prevenção de mais deterioração (p.ex., colchão sobreposto, agenda de reposicionamento).
14. Orientar os familiares/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado.

INTERVENÇÃO

Cuidado com lesões: prevenção de complicação em feridas e promoção da cicatrização

Atividades

1. Remover curativo e fita adesiva.
2. Tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário.
3. Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor.
4. Medir o leito da lesão, conforme apropriado
5. Remover o material inserido na lesão (por exemplo: lasca de madeira, ferrão, fragmento de pedra, metal), se necessário.
6. Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado.
7. Colocar a área afetada em imersão, conforme apropriado.
8. Cuidar do local da incisão, se necessário.
9. Administrar cuidados na úlcera de pele, se necessário.
10. Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado.
11. Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão.
12. Reforçar o curativo, se necessário.
13. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.
14. Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem.
15. Examinar a lesão a cada troca de curativo.
16. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão.
17. Posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão, conforme apropriado.
18. Reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado.
19. Encorajá-lo a ingerir líquidos, conforme apropriado.
20. Encaminhar o paciente ao médico especialista em feridas, conforme apropriado.
21. Encaminhar o paciente ao nutricionista, conforme apropriado.
22. Aplicar a unidade de TENS (estimulação nervosa elétrica transcutânea) para intensificar a cicatrização da lesão, conforme apropriado.
23. Colocar dispositivos para aliviar a pressão (colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel; almofadas nos calcanhares e nos cotovelos, almofadas em cadeira), conforme apropriado.
24. Auxiliar o paciente e a família a obterem os suprimentos necessários.
25. Orientar o paciente e a família sobre a armazenagem e o descarte de curativos e materiais.
26. Orientar o paciente e a família sobre os procedimentos de cuidado com a lesão.
27. Orienta o paciente e a família sobre os sinais e os sintomas de infecção.
28. Documentar o local, o tamanho e o aspecto da lesão.

DOMÍNIO: Fisiológico Complexo/Classe N: Controle da Perfusão Tissular - Intervenções para otimizar a circulação de sangue e líquidos até os tecidos.

INTERVENÇÃO

Precauções circulatórias: Proteção de uma área localizada com perfusão limitada.
Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (por exemplo: verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade).
2. Não iniciar terapia IV ou retirada de sangue na extremidade afetada.
3. Evitar verificar a pressão sanguínea na extremidade afetada.
4. Evitar aplicar pressão ou torniquete na extremidade afetada.
5. Manter a hidratação adequada para evitar o aumento da viscosidade do sangue.
6. Evitar lesão na área afetada.
7. Prevenir infecção nas feridas.
8. Orientar o paciente para que teste a água do banho antes de entrar para evitar queimaduras na pele.
9. Orientar o paciente sobre o controle de prurido nos pés e nas unhas.
10. Orientar o paciente e a família sobre proteção contra lesão na área afetada.
11. Monitorar as extremidades quanto a áreas de calor, vermelhidão, dor ou edema.

INTERVENÇÃO

Precauções contra sangramento: Redução de estímulos que possam induzir o sangramento ou hemorragia em pacientes de risco.

Atividades

1. Monitorar atentamente o paciente quanto a hemorragia.
2. Observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois da perda de sangue, conforme indicado.
3. Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente, por exemplo: (verificar todas as secreções em busca de sangue vivo ou oculto).
4. Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo de protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado.
5. Monitorar os sinais vitais ortostáticos, inclusive a pressão sanguínea.
6. Manter repouso no leito durante sangramento ativo.
7. Administrar derivados do sangue (por exemplo: plaquetas e plasma fresco congelado), conforme apropriado.
8. Proteger o paciente contra trauma que possa causar sangramento.
9. Evitar injeções (IV, IM ou SC), conforme apropriado.
10. Orientar o paciente que deambula a usar sapatos.
11. Usar escova de dente macia ou escovinhas de limpeza para o cuidado oral.
12. Usar barbeador elétrico ao invés de lâmina de barbear.
13. Aconselhar o paciente a evitar procedimentos invasivos, e quando necessário, monitorar atentamente se ocorre sangramento.
14. Coordenar o horário do procedimento invasivo com a transfusão de plaquetas ou plasma fresco congelado, se for o caso.
15. Evitar a inserção de objetos no orifício do sangramento.
16. Evitar verificar a temperatura retal.
17. Evitar o levantamento de objetos pesados.
18. Administrar medicação (por exemplo: antiácidos), conforme apropriado.
19. Orientar o paciente a evitar aspirina® ou outros anticoagulantes.
20. Orientar o paciente a aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina K.
21. Usar colchão terapêutico para minimizar traumas na pele.

22. Evitar constipação (por exemplo: encorajar ingestão de líquidos e uso de emolientes fecais), conforme apropriado.

23. Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas (por exemplo: avisar ao enfermeiro se ocorrer sangramento).

Domínio: COMPORTAMENTAL - Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida

Classe S/F: Educação do paciente – intervenções para facilitar a aprendizagem

INTERVENÇÃO

Ensino: cuidados com os pés - Preparo de paciente de risco e/ou pessoa significativa para oferecer cuidados preventivos dos pés. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Determinar o nível de conhecimento e de habilidades relativos aos cuidados dos pés.
2. Determinar as práticas atuais de cuidados com os pés.
3. Informar sobre o nível de risco de lesão.
4. Recomendar o corte das unhas dos pés e cuidados com calos por especialista, conforme apropriado.
5. Providenciar instruções escritas de cuidados com os pés.
6. Ajudar a elaborar um plano de levantamento de dados diários dos pés e dos cuidados em casa.
7. Determinar a capacidade de realizar os cuidados dos pés.
8. Recomendar a assistência de pessoa significativa nos cuidados dos pés diante de prejuízo da visão ou problemas de mobilidade.
9. Recomendar exames diários dos pés em todas as superfícies e entre os dedos, em busca de áreas avermelhadas, inchaço, calor, ressecamento, maceração, sensibilidade ou áreas abertas.
10. Orientar o paciente para usar um espelho ou ter ajuda de outra pessoa para examinar os pés, se necessário.
11. Recomendar a lavagem diária dos pés com água morna e sabonete suave.
12. Recomendar a secagem completa dos pés após a lavagem, em especial, entre os dedos.
13. Orientar o paciente para hidratar diariamente a pele, imergindo rapidamente ou lavando em água em temperatura ambiente e em seguida aplicar creme/emoliente.
14. Informar sobre a relação entre neuropatia, lesão e doença vascular e o risco de ulceração e amputação de extremidade inferior em pessoas com diabetes.
15. Dar conselhos sobre o momento adequado de fazer contato com um profissional da saúde, inclusive diante da presença de lesão que não cicatriza ou infectada.
16. Aconselhar sobre medidas adequadas de autocuidado de pequenos problemas nos pés.
17. Alertar sobre fontes potenciais de lesão aos pés.
18. Orientar sobre a técnica correta de cortar as unhas.
19. Orientar sobre os cuidados com calos mais macios, inclusive, polimento delicado com material atalhado ou pedra-pomes depois do banho.
20. Recomendar cuidados com especialistas, no caso de unhas grossas por fungos ou encravadas, calos ou joanetes, se indicado.
21. Descrever os sapatos adequados.
22. Descrever as meias apropriadas.
23. Recomendar diretrizes a serem seguidas ao comprar sapatos novos, inclusive medir adequadamente os pés e ajustar bem o calçado no momento da compra.

24. Recomendar o uso dos sapatos novos apenas por algumas horas de cada vez nas primeiras duas semanas.
25. Orientar para examinar o interior dos sapatos, diariamente, em busca de objetos estranhos, pontas de unhas, forros rasgados e áreas ásperas.
26. Orientar trocas de sapatos duas vezes diariamente, para evitar pressão local repetitiva.
27. Explicar a necessidade de calçados ou calçados ortopédicos receitados, conforme apropriado.
28. Chamar a atenção sobre atividades causadoras de pressão nos nervos e nos vasos sanguíneos, inclusive tiras elásticas sobre as meias, ou o ato de cruzar as pernas.
29. Aconselhar o paciente a parar de fumar, conforme apropriado.
30. Incluir a família/ pessoas importantes nas orientações, conforme apropriado.
31. Reforçar as informações dadas por outros profissionais, conforme apropriado.

DOMÍNIO: Segurança\Classe V: Controle de Risco. Cuidado que apoia a proteção contra danos.

INTERVENÇÃO

Controle de infecção: Minimizar a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos.
Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Alocar o espaço adequado para cada paciente, conforme orientações do CDC.
2. Limpar adequadamente o ambiente depois do uso de cada paciente.
3. Trocar o equipamento para cuidados do paciente conforme protocolo da instituição.
4. Isolar pessoas expostas a doença transmissível.
5. Instituir precauções de isolamento, conforme apropriado.
6. Manter técnicas de isolamento, conforme apropriado.
7. Limitar o número de visitas, conforme apropriado.
8. Ensinar os profissionais de saúde a lavarem as mãos adequadamente.
9. Orientar o paciente sobre técnicas adequadas de lavagem de mãos.
10. Orientar as visitas a lavarem as mãos ao entrar no quarto do paciente e ao sair dele.
11. Usar sabão antimicrobiano para lavar as mãos, conforme apropriado.
12. Lavar as mãos antes e depois de cada atividade de cuidado com o paciente.
13. Instituir precauções universais.
14. Usar luvas, conforme exigência dos protocolos de precauções universais.
15. Usar roupas de proteção ou aventais ao lidar com material infeccioso.
16. Usar luvas esterilizadas, conforme apropriado.
17. Limpar a pele do paciente com agentes antimicrobianos, conforme apropriado.
18. Tricotomizar e preparar a área, conforme indicado, no preparo de procedimento invasivos e/ ou cirurgia.
19. Manter ambiente asséptico ideal durante a inserção de linhas venosas centrais à beira do leito do paciente.
20. Manter o ambiente asséptico durante a troca de equipos e frascos de NPT.
21. Manter sistema fechado no monitoramento hemodinâmico invasivo.
22. Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme orientações atuais do CDC.

23. Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas.
24. Assegurar o emprego da técnica adequada no cuidado com feridas.
25. Usar cateterização intermitente para reduzir a incidência de infecção urinária.
26. Ensinar o paciente a obter amostras de urina por jato médio ao primeiro sinal de retorno de sintomas de infecção, conforme apropriado.
27. Encorajar a respiração profunda e a tosse, conforme apropriado.
28. Promover a ingestão nutricional adequada.
29. Estimular a ingestão hídrica, conforme apropriado.
30. Estimular o repouso.
31. Administrar terapia antibiótica, conforme apropriado.
32. Administrar agente imunizador, conforme apropriado.
33. Orientar o paciente a tomar antibióticos, conforme a prescrição.
34. Orientar o paciente e a família sobre os sinais e os sintomas de infecção e sobre o momento de relatá-los ao profissional de saúde.
35. Ensinar o paciente e os familiares a como evitar infecções.
36. Promover a conservação e o preparo seguro dos alimentos.

INTERVENÇÃO

Proteção contra infecção: Prevenção e detecção precoce de infecção em paciente de risco. Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.
2. Monitorar a vulnerabilidade a infecções.
3. Obedecer às precauções para neutropenias, conforme apropriado.
4. Limitar a quantidade de visitas, conforme apropriado.
5. Examinar todas as visitas quanto à presença de doenças transmissíveis.
6. Manter assepsia para o paciente de risco.
7. Manter técnicas de isolamento, conforme apropriado.
8. Providenciar cuidados adequados à pele em áreas edemaciadas.
9. Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem.
10. Examinar as condições de todas as incisões/ feridas cirúrgicas.
11. Obter culturas, se necessário.
12. Promover ingestão nutricional adequada.
13. Estimular ingestão hídrica, conforme apropriado.
14. Estimular o repouso.
15. Monitorar as mudanças no nível de energia/ mal-estar.
16. Estimular aumento de mobilidade e exercícios, conforme apropriado.
17. Estimular respiração profunda e tosse, conforme apropriado.
18. Administrar agente imunizante, conforme apropriado.
19. Orientar o paciente a tomar os antibióticos conforme prescrição.
20. Ensinar o paciente e a família sobre os sinais e os sintomas de infecção e sobre o momento de informá-los ao profissional de saúde.
21. Orientar o paciente e a família sobre as maneiras de evitar infecções.
22. Eliminar frutas frescas, verduras frescas e pimenta da dieta de pacientes com neutropenia.
23. Retirar plantas e flores naturais das áreas do paciente, conforme apropriado.
24. Providenciar quarto individual, se necessário.

25. Garantir a segurança da água, instituindo hipercoloração e hiperaquecimento, conforme apropriado.
26. Comunicar suspeita de infecção aos profissionais do controle de infecção.
27. Comunicar culturas positivas aos profissionais do controle de infecção.

INTERVENÇÃO

Contenção física: Aplicação, monitoramento e remoção de dispositivos de contenção mecânica ou contenção manual, utilizados para limitar a mobilidade física do paciente.
Nível de categoria: Sugerido

Atividades

1. Obter prescrição médica, quando exigida pela política institucional, para utilizar a intervenção de restrição física ou para reduzir o seu uso.
2. Proporcionar ao paciente um ambiente privativo, ainda que supervisionado de maneira adequada, em situações em que sua dignidade possa estar diminuída devido ao uso de recursos de contenção física.
3. Oferecer um número suficiente de funcionários para auxiliarem na aplicação segura de recursos de contenção física ou manual.
4. Designar um enfermeiro para coordenar os funcionários e comunicar-se com o paciente durante a aplicação da contenção física.
5. Usar formas adequadas de contenção para limitar manualmente o paciente em situações de emergência ou durante o transporte.
6. Informar ao paciente e às pessoas importantes os comportamentos que precisam de intervenção.
7. Explicar o procedimento, a finalidade e o tempo da intervenção ao paciente e às pessoas importantes, em termos compreensíveis e não punitivos.
8. Explicar ao paciente e às pessoas importantes os comportamentos necessários para a conclusão da intervenção.
9. Monitorar a reação do paciente ao procedimento.
10. Evitar amarrar os dispositivos de contenção às laterais da cama.
11. Prender bem os dispositivos de contenção fora do alcance do paciente.
12. Proporcionar um nível apropriado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente e possibilitar as ações terapêuticas, conforme necessário.
13. Oferecer conforto psicológico ao paciente.
14. Oferecer atividades de lazer, conforme apropriado, para facilitar a cooperação do paciente com a intervenção.
15. Administrar medicamentos para ansiedade ou agitação, conforme prescrição médica.
16. Monitorar a condição da pele no local da contenção.
17. Monitorar frequentemente a cor, a temperatura e a sensibilidade das extremidades contidas.
18. Proporcionar movimentos e exercícios conforme o nível de autocontrole, as condições e a capacidade do paciente.
19. Posicionar o paciente para lhe proporcionar conforto e prevenir aspição e ruptura da pele.
20. Proporcionar movimentos das extremidades em paciente com contenções múltiplas, fazendo a rotatividade da remoção/ aplicação de um recurso de contenção a cada vez.
21. Auxiliar nas mudanças periódicas de decúbito.

22. Proporcionar ao paciente dependente maneiras de solicitar ajuda.
23. Auxiliar nas necessidades relativas à nutrição, à eliminação, à hidratação e à higiene pessoal.
24. Avaliar, com regularidade, a necessidade do paciente de continuar com a intervenção de contenção.
25. Envolver o paciente em atividades para melhorar a força, a coordenação, o juízo e a orientação.
26. Envolver o paciente, quando adequado, no processo decisório para passar a uma forma menos restritiva de intervenção.
27. Retirar gradativamente os recursos de contenção, conforme aumenta o autocontrole.
28. Monitorar a resposta do paciente à retirada dos recursos de contenção.
29. Esclarecer o paciente e os profissionais, no término da intervenção restritiva, sobre as circunstâncias que levaram ao uso da intervenção, bem como as preocupações do paciente relativas à intervenção em si.
30. Propiciar o nível seguinte mais adequado de ação restritiva.
31. Implementar alternativas para os recursos de contenção, como sentar em cadeira com a mesa sobre o colo, cinto de segurança que possa ser solto pelo próprio paciente ou cadeira geriátrica sem a mesa tipo bandeja, ou fazer observação atenta, conforme apropriado.
32. Explicar à família os riscos e os benefícios dos recursos de contenção e a redução da contenção.
33. Documentar os motivos do uso da intervenção restritiva, a resposta do paciente à intervenção, sua condição física, os cuidados de enfermagem oferecidos durante a intervenção e a justificativa para suspender a contenção.

INTERVENÇÃO

Supervisão: Aquisição, interpretação e síntese contínuas e com uma finalidade. Nível de categoria: Sugerido.

Atividades

1. Determinar risco (s) à saúde do paciente, conforme apropriado.
2. Obter informações sobre o comportamento e as rotinas normais.
3. Perguntar ao paciente sobre sua percepção da condição de saúde.
4. Escolher índices adequados dos pacientes para monitoramento contínuo, com base na condição do paciente.
5. Perguntar ao paciente sobre sinais, sintomas ou problemas recentes.
6. Estabelecer a frequência da coleta e da interpretação dos dados, conforme indicado pelo estado do paciente.
7. Facilitar a aquisição dos exames diagnósticos, conforme apropriado.
8. Interpretar os exames diagnósticos, conforme apropriado.
9. Recuperar e interpretar dados laboratoriais; fazer contato com o médico, conforme apropriado.
10. Explicar os resultados do exame diagnóstico ao paciente e à família.
11. Monitorar a capacidade do paciente de realizar as atividades de autocuidado.
12. Monitorar o estado neurológico.
13. Monitorar os padrões de comportamento.
14. Monitorar o estado emocional.
15. Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.

16. Colaborar com o médico para instituir monitoração hemodinâmica invasiva, conforme apropriado.
17. Colaborar com o médico para instituir monitoramento PIC, conforme apropriado.
18. Monitorar o nível de conforto e agir de forma adequada.
19. Monitorar as estratégias de enfrentamento usadas pelo paciente e por sua família.
20. Monitorar as mudanças no padrão de sono.
21. Monitorar a oxigenação e iniciar as medidas de promoção da oxigenação adequada de órgãos vitais.
22. Instituir vigilância de rotina da pele em paciente de alto risco.
23. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio hídrico e eletrolítico.
24. Monitorar a perfusão tissular, conforme apropriado.
25. Monitorar a ocorrência de infecção, conforme apropriado.
26. Monitorar o estado nutricional, conforme apropriado.
27. Monitorar a função gastrointestinal, conforme apropriado.
28. Monitorar os padrões de eliminação, conforme apropriado.
29. Monitorar as tendências a sangramento em paciente de alto risco.
30. Registrar o tipo e a quantidade de drenagem de sondas e orifícios e avisar o médico sobre mudanças importantes.
31. Consertar equipamentos e sistemas para melhorar a aquisição de dados confiáveis do paciente.
32. Comparar o estado atual com o anterior para detectar melhoras e pioras na condição do paciente.
33. Instituir e/ou mudar o tratamento médico para manter os parâmetros do paciente nos limites ordenados pelo médico, usando os protocolos estabelecidos.
34. Facilitar a aquisição de serviços interdisciplinares (por exemplo: serviços religiosos ou de audiologia), conforme apropriado.
35. Conseguir uma consulta com o médico, quando os dados do paciente indicarem uma mudança necessária na terapia médica.
36. Instituir o tratamento adequado, usando protocolos válidos.
37. Priorizar ações com base na condição do paciente.
38. Analisar as ordens médicas com a condição do paciente para garantir a confiança dele.
39. Conseguir consulta com profissional de saúde adequado para iniciar um tratamento novo ou modificar os tratamentos existentes.

INTERVENÇÃO

Precauções no uso do torniquete pneumático: Aplicação de um torniquete pneumático, para minimizar o potencial de lesão ao paciente devido ao uso desse dispositivo. Nível de categoria: Opcional.

Atividades

1. Testar o funcionamento correto do torniquete pneumático e verificar se o manômetro está calibrado.
2. Selecionar um manguito para o torniquete, com largura e comprimento adequados para a extremidade.
3. Orientar o paciente sobre a finalidade do torniquete e as sensações esperadas, conforme apropriado.
4. Examinar a pele no local do manguito do torniquete.

5. Avaliar os pulsos periféricos, a sensibilidade e a capacidade de movimentar os dedos na extremidade envolvida.
6. Envolver, com algodão, a extremidade sob o manguito, para garantir que não haja enrugamento da pele.
7. Aplicar e prender o manguito do torniquete ao redor da extremidade, para evitar sítios neurovasculares e assegurar que a pele não seja beliscada.
8. Proteger a pele e o manguito contra preparados e soluções irrigadoras, conforme apropriado.
9. Ajustar a pressão do torniquete de acordo com o médico ou o protocolo da instituição.
10. Retirar sangue da extremidade, erguendo-a e envolvendo-a com faixa elástica antes de inflar o manguito.
11. Inflar o manguito seguindo as instruções médicas.
12. Monitorar continuamente o paciente durante o uso e o esvaziamento do manguito.
13. Verificar a pressão do torniquete e o enchimento do manguito periodicamente durante o uso.
14. Monitorar o equipamento e a pressão do torniquete continuamente quando utilizados para bloquear o acesso venoso.
15. Notificar o médico a respeito do tempo do torniquete em intervalos regulares, conforme o da instituição.
16. Desinflar o manguito do torniquete de acordo com instruções médicas ou protocolo da instituição.
17. Desinflar lentamente o manguito do torniquete usado para bloqueio venoso.
18. Remover o manguito do torniquete.
19. Examinar a pele sob o manguito do torniquete após sua remoção.
20. Avaliar os pulsos periféricos, a sensibilidade e a capacidade de movimentar os dedos depois de desinflar ou de remover o manguito.
21. Documentar o número de identificação do torniquete, o tamanho do manguito, a pressão, os horários de inflar e desinflar, a condição da pele sob o manguito e a avaliação circulatória periférica e neurológica, conforme o protocolo da instituição.

INTERVENÇÃO

Monitoração de sinais vitais: Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações.
Nível de categoria: Opcional.

Atividades

1. Monitorar a pressão sanguínea, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, conforme apropriado.
2. Observar as tendências e as oscilações na pressão sanguínea.
3. Monitorar a pressão sanguínea do paciente deitado, sentado e de pé, antes e depois da troca de posição, conforme apropriado.
4. Monitorar a pressão sanguínea depois de o paciente ter tomado a medicação, conforme apropriado.
5. Auscultar a pressão sanguínea em ambos os braços e compará-las, conforme apropriado.
6. Monitorar a pressão sanguínea, pulso e respiração antes, durante e após as atividades, conforme apropriado.

7. Iniciar e manter monitoramento contínuo da temperatura, com dispositivo adequado, conforme apropriado.
8. Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia.
9. Monitorar a presença e qualidade de pulsos.
10. Verificar pulso apical e radial simultaneamente e observar a diferença, conforme apropriado.
11. Monitorar a ocorrência de pulso paradoxal.
12. Monitorar a ocorrência de pulso alternante.
13. Monitorar a amplitude ou estreitamento de pulsos.
14. Monitorar o ritmo e a frequência cardíaca.
15. Monitorar as bulhas cardíacas.
16. Monitorar a frequência e o ritmo respiratório.
17. Monitorar os sons pulmonares.
18. Monitorar a oximetria de pulso.
19. Monitorar a ocorrência de padrões respiratórios anormais.
20. Monitorar a cor, a temperatura e a umidade da pele.
21. Monitorar a ocorrência de cianose central e periférica.
22. Monitorar a ocorrência de baqueteamento digital.
23. Monitorar a presença da tríade de Cushing.
24. Identificar possíveis causas de mudanças nos sinais vitais.
25. Verificar periodicamente a precisão dos instrumentos usados para obtenção dos dados do paciente.

ABAIXO, ESTÃO AS INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DE ENFERMAGEM QUE NÃO FAZEM PARTE DA LIGAÇÃO NANDA- I/NIC 2007/2008.

DOMÍNIO: FISIOLÓGICO COMPLEXO/CLASSE G

INTERVENÇÃO

Controle de eletrólitos: Hipernatremia: promoção do equilíbrio de sódio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de sódio superiores aos desejados.

Atividades

1. Monitorar as tendências nos níveis séricos de sódio em populações de risco (p. ex., pacientes inconscientes, pacientes muito idosos ou muito jovens, pacientes com prejuízos cognitivos, pacientes que recebem infusões hipertônicas intravenosas).
2. Monitorar, com atenção, os níveis de sódio em pacientes que apresentam condições de efeito cada vez mais numerosas relativas aos números de sódio (p. ex., diabetes insípido, deficiência do hormônio antidiurético, insolação, quase afogamento no mar e diálise).
3. Monitorar a ocorrência de manifestações neurológicas ou musculoesqueléticas de hiponatremia (p. ex., inquietação, irritabilidade, fraqueza, desorientação, alucinação, aumento dos tônus musculares ou rigidez, tremores e hiperflexia, convulsões, coma [sinal tardio]).
4. Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hiponatremia (p. ex., hipotensão ortostática, pele ruborizada, edema periférico e pulmonar, elevações leves da temperatura corporal, taquicardia, veias do pescoço não salientes).
5. Monitorar a ocorrência de manifestações gastrointestinais de hiponatremia (p. ex., língua ressecada e edemaciada e mucosas pegajosas).

6. Obter amostras adequadas para análise laboratorial de níveis de sódio alterados (p. ex., sódio sérico e urinário, cloreto sérico e urinário, osmolalidade urinária e gravidade específica da urina).
7. Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados a hipernatremia (p. ex., hiperclorêmia e hiperglicemia), conforme apropriado.
8. Monitorar o aparecimento de indicadores de desidratação (p. ex., diminuição da transpiração, urina diminuída, turgor da pele diminuído e mucosas ressecadas).
9. Monitorar a ocorrência de perda hídrica insensível (p. ex., sudorese e infecção respiratória).
10. Monitorar a ingestão e a eliminação.
11. Pesar diariamente e monitorar as tendências.
12. Manter acesso IV desobstruído.
13. Oferecer líquidos com regularidade a pacientes debilitados.
14. Administrar a ingestão correta de água para paciente em terapia alimentar enteral.
15. Colaborar com vias alternativas de ingestão, quando a ingestão oral não for apropriada.
16. Administrar solução salina isotônica (0,9%), salina hipotônica (0,45% ou 0,3%), dextrose hipotônica (5%) ou diuréticos, com base na condição hídrica e na osmolalidade urinária.
17. Administrar os agentes antidiuréticos prescritos (p. ex., desmopresina [DDVAP] ou vasopressina na presença de diabetes insípido).
18. Evitar a administração/ingestão de medicamentos ricos em sódio (p.ex., sulfonato de poliestireno sódico, bicarbonato de sódio, solução salina hipertônica.)
19. Manter as restrições sódicas, inclusive monitoramento de medicamentos com alto teor de sódio.
20. Administrar os diuréticos prescritos, juntamente com líquidos hipertônicos, para hipernatremia associada à hipovolemia.
21. Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais resultantes de correções rápidas ou excessivas da hipernatremia (p.ex., edema cerebral e convulsões).
22. Monitorar função renal (p.ex., níveis de ureia e creatinina), conforme apropriado.
23. Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive pressão venosa central, pressão arterial média, pressão capilar pulmonar, se disponível.
24. Oferecer higiene oral frequente.
25. Oferecer medidas de conforto para reduzir a sede.
26. Promover a integridade da pele (p.ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada), conforme apropriado.
27. Orientar o paciente sobre o uso adequado de substitutos do sal, conforme apropriado.
28. Orientar o paciente/família sobre alimentos e medicamentos sem receita médica, ricos em sódio (p.ex., enlatados e determinados antiácidos).
29. Instituir precauções contra convulsões se indicadas em casos graves de hipernatremia.
30. Orientar o paciente/e família sobre as medidas instituídas para tratamento de hipernatremia.
31. Orientar a família ou pessoas importantes sobre sinais e sintomas de hipovolemia (quando a hipernatremia tiver relação com uma ingestão ou eliminação anormal de líquidos).

DOMÍNIO: FISIOLÓGICO BÁSICO/CLASSE C**INTERVENÇÃO**

Terapia de deglutição: Facilitação da deglutição e prevenção de complicações de uma deglutição prejudicada.

Atividades

1. Colaborar com outros membros da equipe de cuidados de saúde (p.ex. Terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo da fala e nutricionista) para dar continuidade ao plano de reabilitação do paciente.
2. Determinar a capacidade do paciente para concentrar sua atenção em aprender/fazer as tarefas relativas à comida e à deglutição.
3. Retirar do ambiente os elementos que possam distrair o paciente antes de trabalhar a deglutição com ele.
4. Dar privacidade ao paciente, conforme seu desejo ou indicação.
5. Posicionar-se de modo que o paciente possa vê-lo e escutar o que você fala.
6. Explicar as razões do regime de deglutição ao paciente/família.
7. Colaborar com o terapeuta de fala para orientar a família do paciente sobre o regime de exercícios para a deglutição
8. Providenciar/usar dispositivos auxiliares, conforme apropriado.
9. Evitar o uso de canudos para beber.
10. Ajudar o paciente a se sentar ereto (o mais próximo possível de 90 graus) para se alimentar/exercitar-se.
11. Ajudar o paciente a posicionar a cabeça em flexão para a frente, preparando-se para a deglutição ('contração do queixo').
12. Ajudar a manter a posição sentada por 30 minutos, concluída a refeição.
13. Orientar o paciente a abrir e fechar a boca, preparando a manipulação do alimento.
14. Orientar o paciente a não conversar enquanto se alimenta, se adequado.
15. Orientar o paciente para dizer "ahs" em staccato de modo a promover a subida do palato mole, se adequado.
16. Dar um pirulito ao paciente para que seja sugado, de modo a promover a subida do palato mole, se adequado.
17. Ajudar o paciente hemiplégico a se sentar com o braço afetado reto sobre a mesa.
18. Ajudar o paciente a colocar os alimentos na parte de trás da boca e no lado não afetado.
19. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de aspiração.
20. Monitorar os movimentos da língua do paciente enquanto se alimenta.
21. Monitorar o fechamento dos lábios durante o ato alimentar, o ato beber e o de deglutir.
22. Monitorar o aparecimento de sinais de cansaço durante a alimentação, a bebida e a deglutição.
23. Dar período de repouso antes de comer/ exercitar-se, evitando cansaço excessivo.
24. Checar a boca em busca de armazenamento dos alimentos nas bochechas, após a refeição.
25. Orientar o paciente a alcançar partículas de alimentos nos lábios ou no queixo usando a língua.
26. Ajudar o paciente a retirar partículas de alimento dos lábios e do queixo se não for capaz de estender a língua.

27. Orientar a família/cuidador sobre a posição, a alimentação e o monitoramento do paciente.
28. Orientar o paciente/cuidador sobre as necessidades nutricionais e as mudanças na dieta junto com o nutricionista.
29. Orientar o paciente/cuidador sobre medidas de emergência relativas à sufocação.
30. Orientar o paciente/cuidador sobre nas formas de checar os alimentos armazenados nas bochechas após a refeição.
31. Oferecer instruções por escrito, conforme apropriado.
32. Proporcionar/monitorar a consistência dos alimentos/líquidos, com base nas descobertas de pesquisas sobre deglutição.
33. Consultar terapeuta e/ou médico para, pouco a pouco, aumentar a consistência dos alimentos do paciente.
34. Ajudar a manter uma ingestão calórica e líquida adequada.
35. Monitorar o peso do corpo.
36. Monitorar a hidratação do organismo (p. ex., ingestão, eliminação, turgor da pele, mucosas).
37. Providenciar cuidados da boca sempre que necessário.

DOMÍNIO: FISIOLÓGICO COMPLEXO - CLASSE N

INTERVENÇÃO

Controle hídrico: promoção do equilíbrio hídrico e prevenções de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos.

Atividades

1. Pesar o paciente diariamente e monitorar tendências.
2. Contar ou pesar as fraldas, conforme apropriado.
3. Manter registro preciso da ingestão e eliminação.
4. Inserir cateter urinário se apropriado.
5. Monitorar o estado de hidratação (p. ex., mucosas úmidas, pulsos adequados e pressão sanguínea ortostática), conforme apropriado.
6. Monitorar resultados laboratoriais relevantes para constatar a retenção de líquidos. (p. ex., gravidade específica aumentada, nível de ureia aumentado, hematócritos diminuídos e osmolalidade urinária aumentada).
7. Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive PVC, PAM, PAP e PACP, se possível.
8. Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.
9. Monitorar o aparecimento de indícios de sobrecarga/retenção de líquido (p. ex., crepitações, pressão venosa central ou pressão capilar pulmonar aumentada, edema, distensão de veia do pescoço e ascite), conforme apropriado.
10. Monitorar mudança no peso do paciente antes e depois da diálise, se adequado.
11. Avaliar a localização e a extensão do edema, se houver.
12. Monitorar a alimentação/líquidos ingeridos e calcular a ingestão calórica diária, conforme apropriado.
13. Administrar terapia IV conforme prescrição.
14. Monitorar a condição nutricional.
15. Oferecer líquidos conforme apropriado.
16. Administrar o diurético prescrito conforme apropriado.
17. Administrar líquidos IV em temperatura ambiente.

18. Promover a ingestão oral (p.ex., oferecer canudinho, líquidos entre as refeições, mudança rotineira da água gelada, preparo de picolés com o suco preferido da criança, cortar a gelatina em quadrados divertidos, usar pequenos recipientes de remédios), conforme apropriado.
19. Orientar o paciente sobre a proibição (NPO) da ingestão oral (NPO), conforme apropriado.
20. Administrar a reposição nasogástrica prescrita com base na eliminação, conforme apropriado.
21. Distribuir a ingestão de líquidos ao longo das 24 horas, conforme apropriado.
22. Encorajar a pessoa importante a auxiliar o paciente nas refeições, conforme apropriado.
23. Oferecer lanches (p.ex., bebidas e frutas frescas/suco de frutas com frequência), conforme apropriado.
24. Restringir a livre ingestão de água na presença de hiponatremia por diluição, com nível sérico de Na abaixo de 130mEq por litro.
25. Monitorar a reação do paciente à terapia eletrolítica prescrita.
26. Consultar o médico diante de sinais e sintomas de persistência ou piora de excesso de volume de líquidos.
27. Providenciar a disponibilidade de hemoderivados para transfusão, se necessário.
28. Preparar para administrar hemoderivados (p.ex., conferir o sangue com identificação do paciente e preparar o aparelho para infusão), conforme apropriado.
29. Administrar hemoderivados (p. ex., plaquetas e plasma congelado fresco), conforme apropriado.

DOMÍNIO FISIOLÓGICO COMPLEXO - CLASSE L

INTERVENÇÃO

Cuidados com úlceras por pressão: Facilitação da cicatrização em úlceras de pressão.

Atividades

1. Descrever as características da úlcera em intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudado, tecido granular ou necrosado e epitelização.
2. Monitorar a cor, a temperatura, o edema, a umidade e a aparência da pele ao redor.
3. Manter úmida a úlcera para ajudar na cicatrização.
4. Aplicar calor úmido à úlcera para melhorar a perfusão do sangue e o suprimento de oxigênio na área.
5. Limpar a pele ao redor da úlcera com sabonete suave e água.
6. Desbridar a úlcera, se necessário.
7. Limpar a úlcera com solução atóxica adequada, fazendo um movimento circular partindo do centro.
8. Usar agulha calibre 19 e seringa de 35 CC para limpar úlceras profundas.
9. Anotar as características de qualquer drenagem.
10. Aplicar membrana adesiva permeável à úlcera, conforme apropriado.
11. Aplicar compressões salina, conforme apropriado.
12. Aplicar unguentos, conforme apropriado.
13. Aplicar curativos, conforme apropriado.
14. Administrar medicação oral, conforme apropriado.
15. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção no ferimento.

16. Posicionar o paciente a cada uma a duas horas para evitar pressão prolongada.
17. Usar camas e colchões especiais, conforme apropriado.
18. Usar dispositivos sobre a cama (p.ex., pele de carneiro) que protejam o indivíduo.
19. Garantir a ingestão adequada de alimentos.
20. Monitorar o estado nutricional.
21. Confirmar ingestão adequada de calorias e proteínas de alta qualidade.
22. Orientar familiar/cuidador sobre sinais de lesão de pele, conforme apropriado.
23. Ensinar à pessoa ou à família procedimentos de cuidado de ferimentos.
24. Iniciar serviços de consulta de enfermeiro especialista, se necessário.

DOMÍNIO FISIOLÓGICO COMPLEXO - CLASSE N

INTERVENÇÃO

Cuidados circulatórios: insuficiência venosa. Promoção da circulação venosa.

Atividades

1. Fazer avaliação completa da circulação periférica (p.ex., verificar pulsos periféricos, edemas, enchimento capilar, cor e temperatura).
2. Avaliar edema e pulsos periféricos.
3. Examinar a pele em busca de úlceras por estase e ruptura tissular.
4. Implementar cuidados de feridas (desbridamentos, terapia antimicrobiana), conforme a necessidade.
5. Aplicar o curativo apropriado ao tamanho e ao tipo de ferida, conforme apropriado.
6. Monitorar o grau de desconforto ou dor.
7. Orientar o paciente sobre a importância da terapia de compressão.
8. Aplicar modalidades de terapia de compressão (ataduras com mais ou menos elasticidade), conforme apropriado.
9. Elevar o membro afetado em 20 graus ou mais, acima do nível do coração, conforme apropriado.
10. Mudar a posição do paciente, no mínimo, de duas em duas horas, conforme apropriado.
11. Encorajar os pacientes a fazerem exercícios passivos ou ativos de amplitude de movimentos, em especial, os exercícios para as extremidades inferiores durante o repouso no leito.
12. Administrar medicamentos antiplaquetários ou anticoagulantes, conforme apropriado.
13. Proteger a extremidade contra lesão (p.ex., pele de ovelha debaixo dos pés e porção inferior das pernas, suporte para pés/estrutura de apoio nos pés da cama, sapatos confortáveis).
14. Orientar o paciente sobre o cuidado correto dos pés.
15. Manter uma hidratação adequada para diminuir a viscosidade do sangue.
16. Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação.

DOMÍNIO FISIOLÓGICO COMPLEXO - CLASSE N.

INTERVENÇÃO

Punção venosa: Inserção de agulha em veia periférica para administrar líquidos, sangue ou medicamentos

Atividades

1. Verificar a prescrição para terapia IV.
2. Orientar o paciente sobre o procedimento.
3. Manter técnica asséptica rigorosa.
4. Identificar se o paciente é alérgico a algum medicamento, iodo ou esparadrapo.
5. Investigar se o paciente tem distúrbios de coagulação ou está tomando algum medicamento que possa afetar a coagulação.
6. Solicitar ao paciente que não se movimente durante a venopunção.
7. Oferecer apoio emocional, conforme apropriado.
8. Solicitar aos pais que segurem e confortem o filho, conforme apropriado.
9. Selecionar uma veia adequada para venopunção.
10. Puncionar o braço aposto, se o paciente tiver fístulas ou desvios arteriovenosos.
11. Escolher um tipo adequado de agulha com base na proposta e na duração esperada do uso.
12. Escolher agulha de calibre 18, se possível, para administrar sangue em adultos.
13. Aplicar garrote de 7cm a 10cm, acima do local previsto para a punção, conforme apropriado.
14. Orientar o paciente para manter a extremidade em um nível inferior ao do coração.
15. Massagear o braço do paciente da extremidade proximal até a distal, conforme apropriado.
16. Bater levemente na região da punção após a aplicação do garrote, conforme apropriado,
17. Limpar a região com solução adequada, com base no protocolo da instituição.
18. Administrar lidocaína a 1% no local da inserção, conforme apropriado.
19. Inserir a agulha, conforme as instruções do fabricante.
20. Determinar a colocação correta, observando o aparecimento do sangue no equipo.
21. Remover o garrote assim que possível.
22. Prender a agulha com segurança no local, usando fita adesiva.
23. Conectar a agulha à conexão IV ou ao fecho heparinizado, conforme apropriado.
24. Aplicar um pequeno curativo transparente sobre o local da inserção IV.
25. Identificar o curativo no local de inserção IV.
26. Colocar uma tala no braço, com cuidado para não comprometer a circulação, conforme apropriado.
27. Manter as precauções universais.

DOMÍNIO FISIOLÓGICO BÁSICO - CLASSE F

INTERVENÇÃO

Assistência no AUTOCUIDADO: banho/higiene. Assistência ao paciente para que faça a higiene pessoal.

Atividades

1. Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.
2. Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.
3. Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessários.
4. Colocar toalhas, sabonete, desodorante, material de barba e outros acessórios necessários na cabeceira ou no banheiro.
5. Providenciar os itens pessoais desejados (p.ex., desodorante, escova de dente, sabonete de banho, xampu, loção e produtos para aromaterapia).

6. Oferecer um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência de calor, relaxamento, privada e personalizada.
7. Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, conforme apropriado.
8. Facilitar para que o paciente tome banho sozinho, conforme apropriado.
9. Monitorar a limpeza das unhas conforme a capacidade de autocuidado do paciente.
10. Monitorar a integridade da pele do paciente.
11. Manter rituais de higiene.
12. Facilitar a manutenção das rotinas normais do paciente na hora de dormir, indicadores/estimuladores pré-sono e objetos conhecidos (p.ex., no caso de crianças, um cobertor/brinquedo preferido, ato de embalar, chupeta ou relato de história; para um adulto, livro para ler ou o próprio travesseiro), conforme apropriado.
13. Encorajar pais/familiares a participarem dos rituais normais da hora de dormir, conforme apropriado.
14. Oferecer assistência até que o paciente fique totalmente capaz de assumir o autocuidado.

INTERVENÇÃO

Assistência no AUTOCUIDADO: Assistência ao outro na realização de atividades da vida diária.

Atividades

1. Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.
2. Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.
3. Monitorar a capacidade do paciente para o autocuidado independente.
4. Monitorar a necessidade do paciente de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, colocação da roupa, arrumação da aparência, higiene íntima e alimentação.
5. Proporcionar um ambiente terapêutico e garantir uma experiência de calor, relaxamento, privativa e personalizada.
6. Oferecer os artigos pessoais desejados (p.ex., desodorante, escovas de dente, sabonete).
7. Dar assistência até que o paciente esteja completamente capacitado para assumir o autocuidado.
8. Ajudar o paciente a aceitar as necessidades de dependência.
9. Usar a repetição constante de rotinas de saúde como forma de estabelecê-las.
10. Encorajar o paciente a realizar as atividades normais de vida diária conforme seu nível de capacidade.
11. Encorajar a dependência, mas interferir quando o paciente tiver dificuldade no desempenho.
12. Ensinar os pais/familiares a encorajarem a dependência, a interferirem apenas quando o paciente não consegue realizar as coisas.
13. Estabelecer uma rotina para as atividades de autocuidado.

ANEXO I**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da pesquisa: MAPEAMENTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS COM DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Pesquisador: LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENESES

Área temática:

Versão: 2

CAAE: 42022515.1.0000.5188

Instituição proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador principal: Financiamento próprio

DADOS DO PARECER

Número do parecer: 1.044.701

Data da relatoria: 23/04/2015

Apresentação do projeto

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em nível de Doutorado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, da aluna LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENESES, sob a orientação da Professora Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares.

Objetivo da pesquisa:

Objetivo primário:

- Analisar, por meio do mapeamento cruzado, as Intervenções/Atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem de uma instituição pública de ensino, para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados e correlacioná-las com as propostas pela NIC, com base na ligação NANDA-I/NIC, 2007 – 2008.

Objetivo secundário:

- Identificar as Intervenções/Atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados.
- Realizar o mapeamento cruzado das Intervenções/Atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados, correlacionando-as àquelas propostas pela NIC.

- Submeter o mapeamento cruzado das Intervenções/Atividades de Enfermagem descritas por graduandos de Enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada de adultos e idosos hospitalizados à análise e ao refinamento por enfermeiros especialistas.

Avaliação dos riscos e dos benefícios:

Riscos:

Vale ressaltar que o estudo não oferecerá riscos previsíveis à saúde dos participantes, respeitando a Resolução 466/12 da CONEP/MS.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, há colaboração para o desenvolvimento da linguagem padronizada de Enfermagem, específica para assistência ao adulto ou idoso hospitalizado, com o diagnóstico de Enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada.

Comentários e considerações sobre a pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica e mostra a relevância para a Academia, haja vista a ampliação do conhecimento, em que se analisam as intervenções de Enfermagem para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada, listadas pelos estudantes do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição pública de ensino, e sua aplicabilidade nas intervenções de Enfermagem propostas na NIC.

Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

Sem recomendações a fazer.

Conclusões ou pendências e lista de inadequações:

Tendo em vista o cumprimento de todas as pendências elencadas no parecer anterior, SOMOS FAVORÁVEL À EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO DA FORMA COMO SE APRESENTA.

Situação do parecer:

Aprovado

Necessita de apreciação da CONEP? Não
Considerações finais a critério do CEP:

JOÃO PESSOA, 30 de abril de 2015

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenadora)