

AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA

MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – Escola Paulista  
de Medicina, para a obtenção do título  
de Doutor em Ciências.

São Paulo

**2006**

AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA

MAPEAMENTO DOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – Escola Paulista  
de Medicina, para a obtenção do título  
de Doutor em Ciências.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alba Lúcia Bottura  
Leite de Barros**

São Paulo

**2006**

Lucena, Amália de Fátima

**Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva.** / Amália de Fátima Lucena --São Paulo, 2006.

xviii, 193f.

Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Título em inglês: Mapping of nursing diagnoses and interventions of an intensive care unit.

1. Sistemas de informação hospitalar. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Processos de enfermagem/classificação. 4. Unidades de terapia intensiva.

Tese de doutorado vinculada à linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

A Deus e a Nossa Senhora,  
que me permitiram reescrever a minha história e permanecer  
junto de minha família, do meu marido Nilton e da minha  
filha Natália, amores da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Às enfermeiras do HCPA que, diariamente, participaram com seu trabalho para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alba Lúcia Bottura Leite de Barros, orientadora desta tese, por compartilhar comigo seus conhecimentos, confiar e acreditar em mim, estimulando-me e apoiando-me nos momentos mais difíceis da minha vida.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Gaby Rivero de Gutiérrez, pela constante disponibilidade para auxiliar no desenvolvimento deste estudo, por quem tenho uma grande admiração por seu profundo conhecimento científico e compromisso com a Enfermagem.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pela revisão deste estudo.

Ao Departamento de Enfermagem da UNIFESP, pela acolhida recebida.

À Pós-Graduação da Enfermagem/UNIFESP, em especial às professoras Dr<sup>ª</sup>. Dulce A. Barbosa e Dr<sup>ª</sup>. Lucila Amaral Carneiro Vianna por todo o apoio recebido durante a realização deste Doutorado.

À Direção da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo apoio à realização deste Doutorado.

À Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial à Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alice Lima, pelo empenho na estruturação e execução do Programa de Qualificação Institucional.

À Denise Tolfo da Silveira e Lisiane M. G. Paskulin, muito mais do que colegas de doutorado, fiéis companheiras e amigas desta jornada, em que trocamos, além das experiências profissionais, histórias e experiências de vida.

À Isabel C. Echer, pelo apoio recebido durante a realização do doutorado, mas principalmente pela grande amizade.

## RESUMO

Estudo descritivo transversal, retrospectivo, realizado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente estabelecidos nessa unidade e os cuidados de enfermagem prescritos para eles, e compará-los com as intervenções propostas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). A amostra foi composta por informações da totalidade de internações de pacientes no CTI/HCPA num período de seis meses, no qual se identificaram os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e os cuidados de enfermagem prescritos para eles. Numa segunda etapa, a amostra se restringiu às informações referentes apenas às internações dos pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI/HCPA e seus respectivos cuidados de enfermagem prescritos. A análise dos dados ocorreu, inicialmente, pela estatística descritiva e, posteriormente, pelo mapeamento cruzado, utilizando-se de dez regras. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. Os resultados demonstraram 991 internações, referentes a 841 diferentes pacientes, 6.845 diagnósticos de enfermagem de 63 diferentes categorias, para os quais foram prescritos 39.947 cuidados de enfermagem. Os seis diagnósticos de enfermagem de maior frequência de ocorrência foram: “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”, em 98,1% das internações; “Risco para infecção”, em 95,9% das internações; “Mobilidade física prejudicada”, em 59,3% das internações; “Padrão respiratório ineficaz”, em 49,8% das internações; “Incapacidade para manter respiração espontânea”, em 43,1% das internações e “Risco para prejuízo da integridade da pele”, em 40,7% das internações. A média de diagnósticos de enfermagem por internação foi de 6,9. O diagnóstico “Risco para infecção” teve 47 diferentes cuidados de enfermagem prescritos, mapeados em 28 diferentes intervenções da NIC, com similaridade em 44 (93,6%) casos. O diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene” teve 34 diferentes cuidados de enfermagem prescritos, mapeados em 18 diferentes intervenções NIC, com similaridade em 100% dos casos. O diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” teve 49 cuidados de enfermagem prescritos, mapeados em 25 diferentes intervenções da NIC, com similaridade em 47 (96%) casos. O diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” teve 24 diferentes cuidados de enfermagem prescritos, mapeados em 17 diferentes intervenções da NIC, com similaridade em 100% dos casos. O diagnóstico “Mobilidade física prejudicada” teve 37 diferentes cuidados de enfermagem prescritos, mapeados em 17 diferentes intervenções NIC, com similaridade em 36 (97,3%) casos. O diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele” teve 21 diferentes cuidados de enfermagem prescritos, mapeados em 14 intervenções NIC, com similaridade em 100% dos casos. No total, o mapeamento cruzado apontou similaridade em 97,2% dos casos. O maior número de cuidados prescritos foi mapeado nas intervenções prioritárias e sugeridas da NIC, localizadas, na maioria, no domínio fisiológico complexo. Concluiu-se que existe semelhança entre as prescrições de cuidados de enfermagem do CTI/HCPA e as intervenções propostas pela NIC para os diagnósticos de enfermagem estudados, além de se evidenciar um conjunto de intervenções mais comuns à prática clínica de enfermagem em terapia intensiva para esses diagnósticos.

**Palavras chave:** Sistemas de informação hospitalar; Diagnóstico de enfermagem; Processos de enfermagem/classificação; Unidades de terapia intensiva.

## ABSTRACT

A retrospective descriptive cross-sectional study carried out in the Intensive Care Unit (ICU) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) to identify the most often occurring nursing diagnoses in that unit and the nursing care prescribed for them, and their comparison with the interventions proposed by the Nursing Interventions Classification (NIC). The sampling comprised information from all ICU/HCPA-admitted patients along six months, when the most frequently nursing diagnoses and the prescribed nursing care were identified. A second phase followed when the sampling was limited to information about patients admitted to ICU/HCPA with the most frequent nursing diagnoses and their prescribed nursing care. Data analysis was made through descriptive statistics at first and later through cross-mapping, when ten rules were used. The research was approved by the Research Ethics Committees from the involved agencies. Results showed 991 admissions referring to 841 different patients, 6,845 nursing diagnoses from 63 different categories, and 39,947 prescribed nursing care. The most often occurring nursing diagnoses were: “Bathing/Hygiene self-care deficit”, in 98.1% of the admissions; Risk for infection”, in 95.9% of the admissions; “Impaired physical mobility”, in 59.3% of the admissions; “Ineffective breathing pattern”, in 49.8% of the admissions; “Impaired spontaneous ventilation”, in 43.1% of the admissions, and “Risk for impaired skin integrity”, in 40.7% of the admissions. The admissions-nursing diagnoses means was 6.9. “Risk for infection” had 47 different nursing care prescribed, mapped in 28 different NIC interventions, with 44 (93.6%) similar cases. “Bathing/Hygiene self-care deficit” had 34 different prescribed nursing care mapped in 18 different NIC interventions, with similarity in 100% of the cases. “Ineffective breathing pattern” had 49 prescribed nursing care mapped in 25 different NIC interventions, with similarity in 47 (96%) cases. “Impaired spontaneous ventilation” had 24 different prescribed nursing care mapped in 17 different NIC interventions, with similarity in 100% of the cases. “Impaired physical mobility” had 37 different prescribed nursing care mapped in 17 different NIC interventions, with similarity in 36 (97.3%) cases. “Risk for impaired skin integrity” had 21 different prescribed nursing care mapped in 14 different NIC interventions, with similarity in 100% of the cases. As a whole, the cross-mapping showed similarity in 97.2% of the cases. The largest amount of prescribed care was mapped in the priority interventions and suggested by the NIC, most of them located in the complex physiological domain. It followed the conclusion that there was similarity between the ICU/HCPA prescribed nursing care, and the ones proposed by the NIC for the investigated nursing diagnoses, besides evidence of a most common interventions set for the nursing clinical practice in intensive care units for the referred diagnoses.

**Key words:** Hospital information systems; Nursing diagnosis; Nursing Process/classification; Intensive care unit.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	– Diagnósticos de enfermagem identificados nas internações ocorridas no CTI/HCPA. Porto Alegre, 2006.	40
<b>Tabela 2</b>	– Diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente identificados nas internações ocorridas no CTI/HCPA. Porto Alegre, 2006.	45
<b>Tabela 3</b>	– Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente identificados nas internações ocorridas no CTI/HCPA, em suas três diferentes áreas, analisados de forma independente. Porto Alegre, 2006.	47
<b>Tabela 4</b>	– Média de diagnósticos de enfermagem identificados por internação ocorrida no CTI/HCPA. Porto Alegre, 2006.	49
<b>Tabela 5</b>	– Seis diagnósticos de enfermagem com maior freqüência de ocorrência no CTI/HCPA e seus fatores relacionados ou de risco. Porto Alegre, 2006.	50
<b>Tabela 6</b>	– Total de cuidados de enfermagem prescritos às internações ocorridas no CTI/HCPA, considerando os seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente identificados. Porto Alegre, 2006.	53
<b>Tabela 7</b>	– Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”. Porto Alegre, 2006.	55
<b>Tabela 8</b>	– Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. Porto Alegre, 2006.	57
<b>Tabela 9</b>	– Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”. Porto Alegre, 2006.	58
<b>Tabela 10</b>	– Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”. Porto Alegre, 2006.	60
<b>Tabela 11</b>	– Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”. Porto Alegre, 2006.	61
<b>Tabela 12</b>	– Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”. Porto Alegre, 2006.	62

<b>Tabela 13</b>	– Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes e os diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	101
<b>Tabela 14</b>	– Total de diferentes cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	103
<b>Tabela 15</b>	– Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	104
<b>Tabela 16</b>	– Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	105
<b>Tabela 17</b>	– Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	106
<b>Tabela 18</b>	– Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	107
<b>Tabela 19</b>	– Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	108
<b>Tabela 20</b>	– Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	109

<b>Tabela 21</b>	– Etiologias (fatores relacionados ou de risco) identificadas no CTI/HCPA para os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Porto Alegre, 2006.	184
<b>Tabela 22</b>	– Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. Porto Alegre, 2006.	185
<b>Tabela 23</b>	– Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”. Porto Alegre, 2006.	185
<b>Tabela 24</b>	– Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”. Porto Alegre, 2006.	185
<b>Tabela 25</b>	– Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”. Porto Alegre, 2006.	186
<b>Tabela 26</b>	– Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”. Porto Alegre, 2006.	186
<b>Tabela 27</b>	– Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”. Porto Alegre, 2006.	186
<b>Tabela 28</b>	– Prescrições de cuidados de enfermagem realizadas no CTI/HCPA para os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Porto Alegre, 2006.	187

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1</b>	– Taxonomia da prática de enfermagem: uma estrutura unificada comum para a linguagem de enfermagem.	25
<b>Quadro 2</b>	– Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção” e as intervenções/atividades da <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	67
<b>Quadro 3</b>	– Intervenções <i>NIC</i> utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”. Porto Alegre, 2006.	68
<b>Quadro 4</b>	– Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene” e as intervenções/atividades da <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	73
<b>Quadro 5</b>	– Intervenções <i>NIC</i> utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. Porto Alegre, 2006.	74
<b>Quadro 6</b>	– Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz” e as intervenções/atividades da <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	80
<b>Quadro 7</b>	– Intervenções <i>NIC</i> utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”. Porto Alegre, 2006.	81
<b>Quadro 8</b>	– Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea” e as intervenções/atividades da <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	86
<b>Quadro 9</b>	– Intervenções <i>NIC</i> utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”. Porto Alegre, 2006.	87
<b>Quadro 10</b>	– Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” e as intervenções/atividades da <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	93

<b>Quadro 11</b> –	Intervenções <i>NIC</i> utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”. Porto Alegre, 2006.	94
<b>Quadro 12</b> –	Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele” e as intervenções/atividades da <i>NIC</i> . Porto Alegre, 2006.	98
<b>Quadro 13</b> –	Intervenções <i>NIC</i> utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”. Porto Alegre, 2006.	99
<b>Quadro 14</b> –	Intervenções de enfermagem <i>NIC</i> mapeadas de forma cruzado com os cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI/HCPA e sua localização quanto aos domínios da classificação.	111
<b>Gráfico 1</b> –	Comparação da distribuição da frequência dos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados nas internações ocorridas no CTI /HCPA com a distribuição da frequência dos mesmos após exclusão de repetições em função da troca de leito dos pacientes nas suas diferentes áreas. Porto Alegre, 2006.	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AGH – Apoio à Gestão Hospitalar

*ANA – American Nurses Association*

*BIPAP – Biphasic Intermittent Positive Airway Pressure*

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

*CNC – Center for Nursing Classification*

*CPAP – Continuous Positive Airway Pressure*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTI – Centro de Terapia Intensiva

GSIS – Grupo de Sistemas

GTDE – Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IV – Intravenosa

*NANDA – North American Nursing Diagnosis Association*

*NIC – Nursing Interventions Classification*

*NOC – Nursing Outcomes Classification*

NPT – Nutrição Parenteral Total

PO – Pós Operatório

POCC – Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca

POP – Procedimento Operacional Padrão

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SETI – Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva

*SPSS – Statistical Package for the Social Sciences*

TET – Tubo Endotraqueal

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*USA – United States of America*

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

**DEDICATÓRIA**

**AGRADECIMENTOS**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b>	17
<b>2.2 Objetivos específicos</b>	17
<b>3 A NIC E SUA ARTICULAÇÃO COM A NANDA E A NOC</b>	<b>18</b>
<b>4 MÉTODO</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b>	27
<b>4.2 Local do estudo</b>	28
<b>4.3 População e amostra do estudo</b>	29
<b>4.4 Coleta de dados</b>	30
<b>4.5 Análise dos dados</b>	31
<b>4.6 Aspectos éticos</b>	38
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Primeira fase do estudo:</b> identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no CTI/HCPA e os cuidados de enfermagem prescritos	39
5.1.1 Diagnósticos de enfermagem identificados no CTI	40
5.1.2 Diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente identificados no CTI	42
5.1.3 Diagnósticos de enfermagem selecionados para o mapeamento cruzado	49
5.1.4 Cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no CTI, selecionados para o mapeamento cruzado	54
<b>5.2 Segunda fase do estudo:</b> o mapeamento cruzado	63

5.2.1 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Risco para infecção” e a <i>NIC</i>	64
5.2.2 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene” e a <i>NIC</i>	69
5.2.3 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” e a <i>NIC</i>	75
5.2.4 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” e a <i>NIC</i>	83
5.2.5 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Mobilidade física prejudicada” e a <i>NIC</i>	88
5.2.6 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele” e a <i>NIC</i>	95
5.2.7 Síntese dos resultados do mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para os seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentes e a <i>NIC</i>	100
<b>6 DISCUSSÃO</b>	113
<b>6.1 Primeira fase:</b> diagnósticos e cuidados de enfermagem	113
<b>6.2 Segunda fase:</b> mapeamento cruzado	124
6.2.1 Mapeamento cruzado dos cuidados prescritos para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem e a <i>NIC</i>	124
6.2.2 Aspectos gerais do mapeamento cruzado	151

<b>6.3 Limitações do estudo</b>	160
<b>6.4 Sugestões</b>	162
<b>6.5 Implicações para a prática de enfermagem</b>	164
<b>7 CONCLUSÕES</b>	166
<b>REFERÊNCIAS</b>	171
<b>APÊNDICES</b>	184
<b>APÊNDICE A</b> – Tabelas complementares: de 21 a 27	184
<b>APÊNDICE B</b> – Tabela complementar: 28	187
<b>ANEXOS</b>	191
<b>ANEXO A</b> – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA	191
<b>ANEXO B</b> – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESF	192
<b>ANEXO C</b> – Termo de Compromisso para Utilização de Dados	193

## **1 INTRODUÇÃO**

Ao longo da história da Enfermagem é possível identificar a busca pela construção de um método de trabalho fundamentado num corpo de conhecimentos que permita a uniformização de suas condutas e linguagem, de forma a tornar visíveis seus domínios enquanto disciplina humanística.

No século XIX, Florence Nightingale, durante sua atuação na Guerra da Criméia, já buscava maneiras de organizar o trabalho de enfermagem, de modo a estabelecer intervenções capazes de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como contribuir para garantir a vida de muitos (NIGHTINGALE, 1989). Esse fato marcante caracteriza o surgimento da Enfermagem Moderna, que, desde então, procura organizar-se no sentido de buscar maneiras para desenvolver um corpo de conhecimentos próprios, que permita a elaboração de conceitos, modelos e teorias (GEORGE, 1995).

É nesse contexto que emerge, nas últimas cinco décadas, a busca de modelos e referenciais para o desenvolvimento das práticas de cuidar na Enfermagem. Entre esses, destacam-se tentativas de adoção de novas metodologias destinadas a individualizar os cuidados prestados e a melhorar a resolutividade dos problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Observa-se o crescimento expressivo de iniciativas em direção ao desenvolvimento de tecnologias do cuidar/cuidado em enfermagem, entre as quais o processo de enfermagem. Baseado no método científico, esse processo sistematiza a assistência a ser implementada, criando condições para organizar, individualizar e qualificar o cuidado administrado, e propiciando maior integração da enfermeira<sup>1</sup> com o paciente, a família, a comunidade e a própria equipe de trabalho (BARROS, 1998; BARROS *et al.*, 2002; CROSSETTI, 2003).

---

<sup>1</sup> Termo utilizado no feminino tendo em vista a predominância desse sexo na profissão.

Teóricas americanas de enfermagem, Lydia Hall, Dorothy Johnson, Ida Orlando e Ernestine Wiedenbach foram as primeiras a propor e descrever, durante as décadas de 50 e 60 do século XX, o processo de enfermagem para o planejamento da assistência. Posteriormente, surgem diferentes modos de planejamento que, contudo, não perdem de vista a finalidade de ordenar o trabalho de enfermagem (BARROS, 1998; GEORGE, 1995; MICHEL, 1999).

O processo de enfermagem também é definido como um instrumento para o planejamento e execução do cuidado de enfermagem. É um método para a organização da assistência que colabora para torná-la mais científica e humanizada. Os seus principais propósitos são a identificação das respostas humanas, a implementação de ações e a avaliação rigorosa e sistemática da efetividade do cuidado prestado. Ainda que estudos demonstrem a sua existência desde a década de 50, essa metodologia e seus componentes só foram legitimados na década de 70, através da *American Nurse's Association* (CROSSETTI *et al.*, 1999; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Segundo Crossetti *et al.*,

*o processo de enfermagem é um instrumento de trabalho da enfermeira, fundamentado num referencial teórico que contemple o ser humano enquanto sujeito principal da enfermagem, é o registro essencial à qualidade e segurança das ações de cuidado* (1999, p. 5) .

No Brasil, o processo de enfermagem foi introduzido na década de 70, a partir da teoria de Wanda Horta. Segundo ela, foi com ele que a profissão atingiu sua maioria. Ela acreditava que a autonomia profissional só seria adquirida quando toda a classe utilizasse essa metodologia científica (HORTA, 1979, p. xi).

Horta (1979) desenvolveu seus estudos com base na teoria da motivação humana de Maslow, a qual se fundamenta nas necessidades humanas básicas.

Entretanto, preferiu utilizar na Enfermagem a denominação de João Mohama, que aponta as necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Enquanto os dois primeiros níveis são comuns aos seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, o terceiro nível, até onde se conhece, é característica do homem.

O processo de enfermagem, descrito por ela como sendo “*a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano*”, compreende seis fases: (1) *o histórico de enfermagem*, roteiro sistematizado para o levantamento de dados; (2) *o diagnóstico de enfermagem*, identificação das necessidades do ser humano que necessita de atendimento e determinação do grau de dependência do atendimento; (3) *o plano assistencial*, determinação global da assistência de enfermagem, diante do diagnóstico estabelecido; (4) *o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem*, que é a implementação do plano assistencial por meio de um roteiro diário com aprazamento; (5) *a evolução de enfermagem*, relato diário das mudanças que ocorrem com o ser humano e (6) *o prognóstico de enfermagem*, estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas, após receber a implementação da assistência de enfermagem, à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (HORTA, 1979, p. 35-36).

Outros autores apontam que o processo de enfermagem consiste de cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas: histórico ou investigação, ou ainda o levantamento de dados; diagnóstico; planejamento; implementação ou execução; e a avaliação ou evolução (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ALFARO-LEFEVRE, 2000).

No Brasil o modelo adotado para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) envolve a maioria das etapas do processo de enfermagem, porém não a sua íntegra, sendo as mais utilizadas o levantamento de dados (histórico), a prescrição e a evolução.

Estudos demonstram que, dentre as fases do processo, a que apresentou maiores dificuldades para implantação, em seu verdadeiro sentido, foi a de

diagnóstico de enfermagem, que, quando incluída recebe o nome de “situação problema”, ou “problemas de enfermagem”. Entre os fatores apontados para isso, destacam-se a carência de dados que orientem a sua determinação, o desconhecimento técnico e científico necessário para tal, a resistência das enfermeiras em aceitar o termo, bem como a falta de uniformização e padronização da linguagem em enfermagem (CROSSETTI, 1989; CROSSETTI *et al.*, 1999; FARIAS *et al.*, 1990; NÓBREGA 1991).

Seria possível acrescentar ainda a organização dos processos de trabalho da profissão, que, muitas vezes, não propicia condições para a realização da assistência de enfermagem sistematizada, com freqüentes dificuldades para o dimensionamento e qualificação do quadro de recursos humanos.

No que diz respeito à ausência de uma linguagem padronizada na Enfermagem, verifica-se que o final do século XX e o início do século XXI têm propiciado uma revolução tecnológica que afetou a prática clínica e promoveu grandes modificações em nossa forma de comunicação. É nesse cenário de transformações tecnológicas que a Enfermagem inicia o estudo e o desenvolvimento de linguagens padronizadas para os problemas de saúde, os tratamentos prestados e os resultados esperados, a fim de comunicar, esclarecer, tornar visível e qualificar o desempenho de seu papel no atendimento à saúde.

Cada vez mais, emerge a necessidade de uma linguagem padronizada e clara que permita o registro e a informatização das informações de enfermagem. Esse fato, aliado não apenas à evolução tecnológica, mas também às necessidades, inicialmente, norte-americanas de desenvolver uma forma padronizada para o registro de atividades realizadas pela enfermagem com vistas à obtenção do reembolso de seu trabalho junto aos seguros de saúde, fez com que as enfermeiras iniciassem estudos para o desenvolvimento de linguagens padronizadas na área. Assim, em 1973, realizou-se, na *St. Louis University*, a I Conferência do Grupo Norte-Americano para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem. Esse encontro foi um marco no desenvolvimento das linguagens padronizadas em

enfermagem, levando ao desenvolvimento de novas idéias e trabalhos nesse âmbito (DOCHTERMAN; JONES, 2003).

As conferências desse grupo continuaram a ser realizadas, quando em 1980 foram gerados, refinados e classificados os termos diagnósticos. Naquele ano, a *American Nurses Association (ANA)* publicou que, em razão dos atos e atividades específicos das enfermeiras, estas eram responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais. Em decorrência desse processo de discussões foi criada, em 1982, a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, com o objetivo de desenvolver e elaborar a taxonomia de terminologia diagnóstica para uso das enfermeiras, passando suas conferências a serem abertas a todas as enfermeiras que delas quisessem participar (NANDA, 2000, 2005, 2006).

A organização dos diagnósticos de enfermagem da *NANDA* evoluiu de uma lista em ordem alfabética para um sistema de classificação taxonômico, hoje estruturado sob forma multiaxial, que apresenta 7 eixos, 13 domínios, 46 classes e 172 diagnósticos (NANDA, 2006).

O termo diagnóstico de enfermagem é definido pela *NANDA* (2006, p. 252) como

*um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária.*

Ainda pela classificação proposta pela *NANDA* (2000, 2005, 2006), o diagnóstico de enfermagem tem os seguintes componentes: *título*, o nome do diagnóstico; *definição*, descrição clara e precisa que auxilia a diferenciá-lo de diagnósticos similares; *características definidoras*, sinais e sintomas observáveis que

se agrupam como manifestações de um diagnóstico; *fatores de risco*, fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, da família ou da comunidade a um evento insalubre; e *fatores relacionados*, que são os agentes etiológicos do diagnóstico de enfermagem.

Na seqüência e paralelamente aos estudos desenvolvidos pela *NANDA*, pesquisadores passaram a observar a necessidade de fazer o mesmo para as intervenções e os resultados de enfermagem.

Observa-se na literatura que o *tratamento* de enfermagem, para os diagnósticos relacionados aos problemas de saúde, ainda tem sido descrito sob diversas denominações, dentre as quais os termos intervenções, ações, atividades, terapêuticas, ordens, condutas, prescrições e cuidados, o que evidencia a necessidade de uma padronização dessas terminologias. Exemplificando, citam-se algumas dessas definições, da vasta bibliografia existente.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) descrevem as intervenções de enfermagem como estratégias criadas para auxiliar o cliente a chegar a resultados esperados. As intervenções se baseiam nos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem, definindo, assim, as atividades necessárias à eliminação dos fatores contribuintes na resposta humana.

Bersusa (1998), por sua vez, diz que a prescrição de enfermagem contém intervenções e cuidados, os quais ela classifica em ações e condutas de enfermagem: as ações seriam os cuidados determinados por ordem médica, e as condutas os de inteira responsabilidade da enfermeira frente ao diagnóstico feito.

Já Doenges, Moorhouse e Geissler (2003) dividem as prescrições/ações de enfermagem em *independentes*, aquelas iniciadas pelas enfermeiras, e em *colaborativas*, as iniciadas ou realizadas em conjunto com outros prestadores de cuidado.

O Conselho Internacional de Enfermagem (2003) define o termo ações de enfermagem como os comportamentos desempenhados pelas enfermeiras em sua prática assistencial, e o termo intervenções de enfermagem como as ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, visando obter um resultado de enfermagem.

Contudo, para McCloskey e Bulechek (2004b, p. xxi), a intervenção de enfermagem é *“qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínicos, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente”*, podendo incluir cuidados diretos e indiretos ao paciente, família e comunidade. Para essas autoras, há necessidade de uma série de atividades ou ações para implementar uma intervenção, como resposta a um diagnóstico de enfermagem. Trata-se de uma ação autônoma, com base científica, realizada para modificar os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem, podendo, dessa forma, atenuar suas características definidoras e melhorar os resultados esperados.

No Brasil, pode-se dizer que a terminologia mais usualmente encontrada é a de prescrição de enfermagem, introduzida por Horta em 1979, que a definiu como a implementação do plano assistencial, através do roteiro diário, com aprazamento.

O uso corrente desse conceito pelas enfermeiras brasileiras talvez possa ser justificado por ter sido introduzido por uma teórica brasileira, mas também pelo fato de a prescrição de enfermagem ser, hoje, uma atividade privativa da enfermeira, regulamentada pela Lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem (BRASIL, 2005b).

Sobre a diversidade de definições, o que se percebe, segundo Gutiérrez e Souza (2000, p. 40) é que independentemente do nível de abstração adotado num conceito e noutro, *“[...] na conceituação de intervenções de enfermagem está implícita a existência de um ato, uma ação executada pela enfermeira(o), ou equipe de enfermagem, com a finalidade de alcançar um determinado resultado para o paciente/cliente”*. Portanto, ressaltam, existem elementos unificadores nessas

diversas denominações, mesmo que isso não ocorra na interpretação do seu nível de abstração.

Essas autoras ainda consideram que a diversidade de situações em que são usados esses conceitos leva a uma necessidade de maior adequação e precisão dos mesmos. Assim, sugerem a incorporação à prática clínica do conhecimento construído nos diversos estudos de sistemas de classificação, o que, certamente, poderá contribuir para o seu aperfeiçoamento.

Para tanto, é preciso que as enfermeiras conheçam e utilizem as classificações para a prática de enfermagem atualmente existentes. Dentre essas, pode-se dizer que as mais conhecidas em nosso meio, além da classificação de diagnósticos de enfermagem da *NANDA*, já referida, são as seguintes: a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), organizada por iniciativa do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) e definida como uma classificação de fenômenos, ações e resultados de enfermagem; a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*NIC – Nursing Interventions Classification*), uma das mais avançadas pesquisas sobre intervenções de enfermagem; e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (*NOC – Nursing Outcomes Classification*). As duas últimas foram desenvolvidas por membros pesquisadores do *Iowa Intervention Project*, da Universidade de Iowa - USA, (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2003; McCLOSKEY; BULECHEK, 1992, 1996, 2000, 2004a, 2004b; JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004).

Atualmente, a *NIC* se encontra organizada em 7 domínios e 30 classes, com 514 intervenções de enfermagem e mais de 12 000 atividades/ações. Essa classificação contempla os aspectos fisiológico e psicossocial do ser humano, incluindo tratamento, prevenção e promoção da saúde. Nela, cada intervenção de enfermagem possui um título e uma definição, além de uma série variada de atividades/ações, que podem ser escolhidas para a realização da prescrição de enfermagem (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004a).

A *NOC*, por sua vez, apresenta-se estruturada em 7 domínios, 31 classes e 330 resultados de enfermagem. Cada resultado possui uma definição e uma escala de medida, além de indicadores que permitem a avaliação dos dados sobre o estado do paciente, família ou comunidade submetidos às intervenções de enfermagem (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2004).

Hoje, as classificações *NANDA*, *NIC* e *NOC* se encontram articuladas, possibilitando o registro padronizado e informatizado do processo de enfermagem. Há também estudos que propõem a unificação da estrutura das três numa única (DOCHTERMAN; JONES, 2003; JOHNSON *et al.*, 2005, 2006; JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004a, 2004b).

Em nosso país, a partir das décadas de 1980-1990 iniciaram-se estudos para a utilização das classificações na prática de enfermagem. A taxonomia da *NANDA* foi uma das primeiras a serem estudadas e traduzidas para o português e, com isto, também surgiu a necessidade de validar os diagnósticos de enfermagem em nossa realidade (FARIAS *et al.*, 1990; MARIA, 1997). Na época, algumas instituições brasileiras já trabalhavam com a sistematização da assistência de enfermagem, caso do Grupo de Enfermagem (GENF) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

No HCPA, o processo de enfermagem foi implementado no final da década de 1970, com base no referencial de Horta (1979), adaptado ao sistema de Weed (1964) e, o modo redacional de prescrição de enfermagem proposto por Paim (1977). Desde então, tal sistemática vem sendo utilizada para aprimorar e qualificar a assistência de enfermagem realizada, bem como tem servido de modelo à formação e qualificação de profissionais da área (CROSSETTI *et al.*, 1999).

Seguindo a tendência nacional quanto ao uso corrente do conceito de prescrição de enfermagem, no HCPA também se utiliza essa terminologia, que é reconhecida como o conjunto de cuidados de enfermagem prescritos e aprazados pelas enfermeiras com base nos diagnósticos de enfermagem, tendo em vista ações

que aliviem ou solucionem problemas de saúde dos pacientes. É esse conceito que será utilizado ao longo desta investigação, assim como também as definições de intervenções e atividades propostas por McCloskey e Bulechek (2004b), na Classificação das Intervenções de Enfermagem – *NIC*.

Ainda quanto às prescrições de enfermagem no HCPA, em 1989 foi realizada uma pesquisa para avaliar a sua estrutura, tendo o resultado mostrado que elas não eram adequadas aos problemas de saúde dos pacientes e às evoluções de enfermagem realizadas. Também identificou-se a ausência da etapa *diagnóstico de enfermagem*, substituída por uma “lista de problemas” apresentados pelos pacientes, na qual constavam desde sinais e sintomas, uso de equipamentos, condutas médicas e de enfermagem e até diagnósticos médicos (CROSSETTI, 1989).

Poucos anos depois, tais conclusões, bem como a consciência do momento pelo qual passava a evolução do conhecimento da Enfermagem quanto ao processo de enfermagem e, ainda, as mudanças da plataforma de informática do HCPA, suscitaram discussões na instituição sobre a necessidade de se buscar, em novos referenciais, estratégias e alternativas para realizar as mudanças necessárias, não só no que dizia respeito à etapa de diagnóstico, ausente no modelo de processo de enfermagem adotado até então, mas também quanto aos cuidados que fariam parte da prescrição de enfermagem informatizada.

Para tanto, foi criado um grupo de trabalho composto por enfermeiras do hospital e docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, com atuação em diferentes áreas do HCPA, com o objetivo de aprofundar conhecimentos referentes ao processo de enfermagem, mais especificamente sobre a etapa de diagnóstico.

Esse grupo, hoje denominado Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE), instrumentalizou-se e trabalhou arduamente, tendo idealizado, construído e implementado, em 1998/2001, um modelo informatizado de prescrição de enfermagem com foco nos diagnósticos de enfermagem. O modelo teve como base o referencial de Benedet e Bub (1998; 2001), que se fundamenta na teoria das necessidades humanas básicas utilizada por Horta (1979) e na taxonomia I da

*NANDA* (2000). Além desses referenciais, também foram utilizadas idéias de autores como Carpenito (1999) e Doenges e Moorhouse (1999) e a experiência da prática clínica das enfermeiras do hospital (CROSSETTI *et al.*, 1999; CROSSETTI; DIAS, 2002).

É importante destacar que nesse processo de construção de um novo modelo para a sistematização da assistência de enfermagem no HCPA houve a preocupação em manter as idéias de Horta (1979) adotadas na instituição havia mais de duas décadas. Assim, ao estabelecer-se um paralelo entre esse referencial e a proposta da *NANDA*, evidenciou-se a existência de alguns pontos comuns, tais como a extensão do diagnóstico de enfermagem para a família e a comunidade e a vinculação deste ao atendimento das necessidades humanas básicas, por meio do cuidado de enfermagem. Esse elo existente entre o referencial inicialmente utilizado no HCPA e a proposta da *NANDA* é justamente o que descreve o trabalho de Benedet e Bub (1998, 2001), o qual propõe uma correspondência entre as necessidades humanas básicas, conforme o referencial de Horta, e a classificação de diagnósticos de enfermagem da *NANDA*. Daí a sua utilização como base na implantação do novo modelo de processo de enfermagem do hospital (CROSSETTI *et al.*, 1999; CROSSETTI; DIAS, 2002).

Atualmente, a Enfermagem do HCPA, acompanhando a evolução tecnológica e o desenvolvimento científico e fazendo uso dos benefícios da informática, trabalha com parte do processo de enfermagem informatizado, caso das etapas de diagnóstico e prescrição de enfermagem, sendo o histórico, o exame físico e a evolução ainda registrados em prontuário de forma manual. Entretanto, discussões sobre a informatização dessas etapas fazem parte do cotidiano da instituição. Acredita-se que ela contribuirá não só para qualificar ainda mais a assistência prestada à comunidade, mas também servirá de ferramenta para o ensino e a pesquisa de enfermagem.

Avaliações preliminares internas deste modelo demonstram que o sistema informatizado tem proporcionado auxílio à resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes, visto que as prescrições de enfermagem são individualizadas, e tem colaborado também para organizar a assistência de enfermagem prestada. Todavia,

considera-se que são necessárias análises mais detalhadas, utilizando-se para tanto os elementos da prática de enfermagem, quais sejam: diagnósticos, intervenções e resultados (CROSSETTI *et al.*, 1999, 2001, 2003b, CROSSETTI, 2003; CROSSETTI; DIAS, 2002).

O modelo informatizado do processo de enfermagem do HCPA faz parte de um conjunto de sistemas chamado Sistemas de Apoio à Gestão Hospitalar (AGH), desenvolvido no próprio hospital por membros do Grupo de Sistemas (GSIS) e do GTDE. Ele utiliza a plataforma cliente-servidor com *Windows-NT* em rede de alta velocidade, com armazenamento de dados num banco *Oracle*, servidor principal *SUN E 3.500*, desenvolvido com as ferramentas *designer/2000* e *developer/2000*, com interface e integração aos demais sistemas existentes, para o apoio e a assistência ao paciente. A sua utilização acontece por meio de microcomputadores instalados nas diversas unidades do hospital (CROSSETTI *et al.*, 2002).

No sistema AGH, encontra-se o módulo denominado Assistência ao Paciente, que é composto pela Prescrição do Paciente (médica e de enfermagem), que poderá ser acessado por meio de um perfil e uma senha, previamente cadastrados no sistema.

A prescrição de enfermagem pode ser realizada através de dois caminhos no sistema informatizado: pelos sinais e sintomas ou pelos diagnósticos de enfermagem.

Na primeira forma, os sinais e sintomas do paciente são digitados pela enfermeira, que então realiza uma pesquisa por aproximação, em que o sistema oferece uma lista de possíveis diagnósticos de enfermagem. Com base nesses dados, a enfermeira define o diagnóstico de enfermagem, bem como sua etiologia (fator relacionado/risco), para em seguida escolher dentre os cuidados oferecidos pelo sistema, os que ela julga adequados para realizar a prescrição e decidir a frequência de sua execução.

Na segunda hipótese, têm-se uma lista de diagnósticos de enfermagem e suas possíveis etiologias, entre os quais a enfermeira seleciona os que se aplicam ao paciente. Em seguida, ela escolhe os cuidados a serem prescritos, de acordo com os

diagnósticos identificados, assim como a frequência com que devem ser implementados.

Em síntese, pode-se dizer que, para cada diagnóstico de enfermagem realizado, existem cuidados de enfermagem correspondentes, que são selecionados pela enfermeira de acordo com cada caso. É possível ainda particularizar o cuidado selecionado, pelo uso de um complemento que pode ser digitado pela enfermeira num campo aberto para texto livre. Outra possibilidade encontrada na tela de prescrição é a consulta da origem dos cuidados selecionados, ou seja, o diagnóstico de enfermagem que os gerou, assim como a rotina de determinados cuidados, que é a descrição do chamado Procedimento Operacional Padrão – POP (CROSSETTI *et al.*, 2002; CROSSETTI; DIAS, 2002).

Essa prescrição de enfermagem informatizada tem seu sistema atualmente alimentado com 152 diagnósticos de enfermagem, 559 etiologias, 565 sinais e sintomas e cerca de 883 cuidados, proporcionando possibilidades de acesso às enfermeiras responsáveis por essa tarefa, bem como aos docentes e discentes de enfermagem, que utilizam as unidades do hospital como campo de estudo e pesquisa, de acordo com seu perfil e senha de entrada.

Sua implantação aconteceu em fevereiro de 2000, inicialmente numa unidade piloto, o Centro de Terapia Intensiva (CTI) – denominação utilizada no HCPA para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) –, estendendo-se gradativamente a todas as unidades de internação do hospital (CROSSETTI *et al.*, 2003a). Entretanto, apesar dos avanços apontados, observa-se a necessidade constante de atualização, aprofundamento e avaliação do sistema, na busca de aprimoramento do modelo utilizado, através de discussões permanentes acerca do assunto e da realização de estudos e pesquisas.

No que se refere aos cuidados de enfermagem disponíveis no sistema para prescrição, estes foram propostos com base na experiência e no conhecimento das enfermeiras da instituição, apoiadas em literatura específica, como livros textos de enfermagem, fisiologia, farmacologia e patologia humana, e no perfil da clientela

atendida. Todavia, não foi usada nenhuma estrutura de classificação de intervenções como referência, a exemplo dos diagnósticos de enfermagem implantados. Esse fato tem gerado inquietação acerca da necessidade, da importância, do uso e, ainda, da existência ou não de uma relação entre o que está proposto no sistema atual e as classificações de intervenções existentes, como por exemplo a *NIC*. Ou seja, a prática de intervenções de enfermagem no HCPA, descrita pelas prescrições, pode ser retratada na *NIC*?

Como se sabe, estudos sobre os sistemas de classificação de enfermagem são uma realidade mundial. Todavia, esses sistemas ainda são pouco utilizados em nosso meio, apesar de esforços e iniciativas de alguns pesquisadores locais e dos benefícios do uso de uma terminologia comum. Além de auxiliar no avanço dos conhecimentos e na descoberta dos princípios que governam o já conhecido, uma terminologia comum facilita a comunicação, qualifica e organiza o trabalho, dá visibilidade aos domínios da prática da profissão e auxilia o ensino de tomada de decisão pelo raciocínio clínico, dentre outros (GUIMARÃES; BARROS, 2001).

Nesse sentido, acredita-se que o desenvolvimento de um estudo sobre a classificação de intervenções de enfermagem, relacionando-a ao modelo de processo de enfermagem utilizado no HCPA, poderia contribuir com o trabalho já desenvolvido e implementado nessa instituição. Além disso, ao produzir conhecimentos na área, por meio do estudo de uma realidade brasileira, essa investigação poderia vir a facilitar o estabelecimento dessa prática em nosso cotidiano.

O objeto da investigação são as prescrições de enfermagem realizadas pelas enfermeiras do HCPA. Sua comparação com uma linguagem padronizada de intervenções de enfermagem permitirá a obtenção de uma listagem de intervenções/atividades para cada diagnóstico de enfermagem, com base em dados reais dos pacientes internados neste hospital.

Por certo, as classificações de enfermagem são um grande avanço. Elas, contudo, necessitam ser validadas por meio de pesquisas que abranjam a prática

clínica e o ensino de enfermagem. É neste contexto que se insere este estudo, que se propõe analisar uma prática existente, comparando-a com uma classificação de enfermagem.

Destaca-se, também, a preocupação existente hoje sobre a precisão diagnóstica da enfermagem e a escolha da intervenção mais adequada para obter os melhores resultados (LUNNEY, 2004). Por isso, um estudo envolvendo as intervenções de enfermagem pode servir de subsídio para uma avaliação futura dos resultados obtidos e dos próprios diagnósticos de enfermagem realizados, já que a enfermagem deve ser capaz de descrever os problemas, as intervenções e os resultados decorrentes de seu atendimento.

Outro ponto a ser considerado é o de que são poucas as instituições hospitalares brasileiras que dispõem de um processo de enfermagem informatizado, ou parte dele, como é o caso do HCPA, o que favorece a investigação, visto ser esse um dos propósitos ou benefícios da adoção da linguagem padronizada. Isto também corrobora a relevância do estudo, que poderá auxiliar na qualificação de sistemas já implantados, assim como servir de base para a adoção e a informatização do processo de enfermagem, com a utilização dos sistemas de classificações.

Vários estudos envolvendo classificação de intervenções demonstram a viabilidade de se fazerem comparações entre dados de enfermagem que não utilizam uma linguagem padronizada e classificações de termos uniformizados, bem como de se compararem diferentes sistemas de classificações entre si (CHIANCA, 2003; COENEN; RYAN; SUTTON, 1997; CRUZ *et al.*, 2000; DELANEY; MOORHEAD, 1997; GUIMARÃES, 2000; HENRY *et al.*, 1995; HYUN; PARK, 2002; MARTINS, 2003; MARTINS; GUTIÉRREZ, 2005; MOORHEAD; DELANEY, 1997; NÓBREGA *et al.*, 2003; ZIELSTORFF, *et al.*, 1998). São escassas, no entanto, as experiências desse tipo envolvendo informações da prática clínica cotidiana, no que se refere as prescrições de enfermagem, e uma classificação de intervenções.

Assim, motivada a estudar a temática do processo de enfermagem e, mais recentemente, as classificações para sua prática, a autora – docente da Escola de

Enfermagem da UFRGS, atuando em disciplinas teórico-práticas nas unidades de internação do HCPA, e membro de núcleos de pesquisa nesta área –, compartilhando a idéia de avançar no desenvolvimento do modelo de assistência implantado no HCPA, propõe a realização de um estudo com foco nas prescrições de enfermagem realizadas no hospital e sua correspondência com a classificação das intervenções de enfermagem – *NIC*.

O campo para a investigação proposta é o CTI do HCPA, por ele ter sido a unidade em que se iniciou a implantação da prescrição de enfermagem informatizada nesse hospital e por a autora ter trabalhado como enfermeira nessa unidade por alguns anos, o que lhe permite conhecer essa realidade.

As razões para a escolha do referencial da Classificação de Intervenções de Enfermagem – *NIC* foram as seguintes: ela usa como base para as intervenções propostas o julgamento clínico descrito a partir dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, os quais também são uma referência no modelo de processo de enfermagem utilizado no HCPA, além de estar articulada com essa classificação; ela está articulada com a *NOC*, o que possibilita futuras avaliações das intervenções realizadas; ela teve a sua 3<sup>a</sup> edição traduzida recentemente para o português, o que facilita sua compreensão e uso pela Enfermagem brasileira.

Diante do cenário descrito e das inquietações surgidas ao longo desta caminhada, o desenvolvimento deste projeto norteia-se pela seguinte questão:

As prescrições de enfermagem realizadas pelas enfermeiras do CTI do HCPA para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes possuem semelhança com a definição da intervenção e com as atividades propostas pela *NIC* para estes mesmos diagnósticos?

## 2 OBJETIVOS

Frente ao exposto, apresentam-se os objetivos a serem alcançados neste estudo.

### 2.1 Objetivo geral

Analisar as prescrições de enfermagem realizadas para os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e as intervenções de enfermagem propostas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem – *NIC* – para esses diagnósticos.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente estabelecidos pelas enfermeiras do CTI do HCPA, para os pacientes internados nesta unidade.
- Identificar os cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI do HCPA para os diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente estabelecidos.
- Comparar os cuidados de enfermagem prescritos para os diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente estabelecidos pelas enfermeiras do CTI do HCPA com as intervenções de enfermagem propostas pela *NIC* para esses diagnósticos.

### 3 A NIC E SUA ARTICULAÇÃO COM A NANDA E A NOC

As classificações existem há muitos anos, trazem ordem ao nosso ambiente, auxiliam a nossa comunicação uns com os outros e facilitam o entendimento e o avanço da base de conhecimentos de uma determinada área, por meio da organização e da descoberta de princípios orientadores do que já é conhecido. Além disso, elas favorecem a identificação de falhas no conhecimento, as quais podem ser corrigidas pelo desenvolvimento de pesquisas (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

A classificação das intervenções de enfermagem (NIC) compreende o “ordenamento das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos, com base em suas relações, e a designação de títulos às intervenções que fazem parte desses grupos de atividades”, enquanto a taxonomia das intervenções de enfermagem diz respeito à “organização sistemática das intervenções, com base em semelhanças e no que pode ser considerado um arcabouço conceitual” (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b, p. xxii).

A idéia do desenvolvimento dessa classificação surgiu após o desenvolvimento da classificação diagnóstica da NANDA e pela necessidade de resgatar informações sobre as respostas humanas tratáveis pela Enfermagem. Sua importância e utilidade podem ser verificadas na comunicação e documentação da prática clínica, na organização de sistemas de informações informatizados, na facilitação da realização de pesquisas, na medida de produtividade e na avaliação de competências (GUIMARÃES; BARROS, 2001; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b; NAPOLEÃO *et al.*, 2006).

O projeto foi iniciado em 1987 por um grupo de pesquisadoras do *College of Nursing University of Iowa – USA*, com representantes de diversas áreas do conhecimento clínico e metodológico, que vêm, desde então, desenvolvendo estudos com o objetivo de construir uma linguagem padronizada que descreva as intervenções e atividades realizadas pela Enfermagem.

A pesquisa evoluiu em quatro fases: construção da classificação; elaboração da taxonomia; testes clínicos e refinamento; uso e manutenção. A última etapa ainda se encontra em desenvolvimento, o qual tem sido facilitado pela criação de um Centro de Classificação de Enfermagem, na Universidade de Iowa (McCLOSKEY; BULECHEK, 1992, 2000, 2004a, 2004b).

A *NIC* contempla os aspectos fisiológico e psicossocial do ser humano, incluindo tratamento, prevenção e promoção da saúde. Nela, a intervenção de enfermagem é definida como tratamentos para os diagnósticos de enfermagem, que incluem cuidados diretos e indiretos. Já as atividades de enfermagem situam-se no nível da ação concreta, sendo necessária uma série delas para implementar uma intervenção, que possui um título que a identifica, uma definição e uma série de atividades para executá-la (McCLOSKEY; BULECHEK, 1992, 2000, 2004a, 2004b).

Nas intervenções, são padronizados o título e a definição, pois o cuidado pode ser individualizado por meio da escolha das atividades, de acordo com a tomada de decisão clínica da enfermeira. Para ser capaz de realizá-la a enfermeira necessita ter conhecimento científico, habilidades psicomotoras e interpessoais e utilizar os recursos de cuidados à saúde de forma adequada. Na escolha da intervenção de enfermagem, ela precisa levar em consideração os resultados esperados do paciente, o diagnóstico de enfermagem e seus fatores relacionados ou de risco, a exequibilidade e a aceitação do paciente à intervenção (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

A *NIC* abrange a totalidade do domínio da disciplina de Enfermagem, representando todas as áreas da sua prática. É neutra em termos de teoria e as intervenções propostas podem ser utilizadas com qualquer referencial e em todos os locais da prática da enfermagem, podendo também ser associada a qualquer classificação diagnóstica (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

A estrutura taxonômica da classificação está organizada em três níveis. No nível 1, o mais abstrato, estão os domínios (numerados de 1 a 7), que auxiliam a

enfermeira a realizar a primeira escolha; no nível 2, as classes (identificadas por letras do alfabeto), que proporcionam uma maior focalização do problema; no nível 3, as intervenções de enfermagem, cada uma com um código numérico único, para facilitar a informatização (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004a, 2004b).

A 3ª edição da *NIC*, traduzida para o português e utilizada nesta pesquisa como principal marco referencial, possui 7 domínios, 30 classes e 486 intervenções de enfermagem e mais de 12.000 atividades/ações (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Atualmente, a *NIC* já disponibilizou sua 4ª edição, essa ainda não traduzida no Brasil. Permanece estruturada com os mesmos 7 domínios e as 30 classes, porém teve acréscimo de 28 intervenções, totalizando, portanto, 514 intervenções de enfermagem e mais de 12.000 atividades/ações (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004a).

O domínio 1 é o fisiológico básico, que é definido como cuidados que dão suporte ao funcionamento físico do organismo e composto pelas classes controle da atividade e exercício, controle das eliminações, controle da imobilidade, suporte nutricional, promoção do conforto e facilitação do autocuidado.

O domínio 2 é o fisiológico complexo, que é definido como cuidados que dão suporte à regulação homeostática e composto pelas classes controle de eletrólitos e ácido-básico, controle de drogas, controle neurológico, cuidados perioperatórios, controle respiratório, controle da pele/lesões, termorregulação, controle da perfusão tissular.

O domínio 3 é o comportamental, que é definido como cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida e composto pelas classes terapia comportamental, terapia cognitiva, melhora da comunicação, assistência ao enfrentamento, educação do paciente e promoção do conforto psicológico.

O domínio 4 é o da segurança, que é definido como cuidados que dão suporte à proteção contra danos e composto pelas classes controle de crises e controle de riscos.

O domínio 5 é o da família, que é definido como cuidados que dão suporte à unidade familiar e composto pelas classes cuidados no período da gestação e nascimento de filhos, cuidados na criação de filhos e cuidados no ciclo da vida.

O domínio 6 é o dos sistemas de saúde, que é definido como cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde e composto pelas classes mediação com o sistema de saúde, controle do sistema da saúde e controle das informações.

O domínio 7 é o da comunidade, que é definido como cuidados que dão suporte à saúde da comunidade e composto pelas classes promoção da saúde e controle de riscos comunitários.

As intervenções podem ser localizadas na classificação em seus domínios e classes, por meio dos seus títulos; também são encontradas por ordem alfabética com suas definições e lista de atividades. Outro modo de encontrá-las é utilizando o capítulo que apresenta as suas ligações com os diagnósticos da *NANDA*, excelente instrumento para enfermeiras que utilizam essa classificação diagnóstica e que foi amplamente usado na realização da etapa de mapeamento cruzado deste estudo (NAPOLEÃO *et al.*, 2006).

Segundo McCloskey e Bulechek (2004b, p. 877-878) “*as ligações são definidas como uma relação ou associação entre um diagnóstico de enfermagem e uma intervenção de enfermagem, que os faz ocorrerem conjuntamente de modo a ser obtido um resultado ou a solução do problema de um paciente*”. Conforme as autoras, elas facilitam a fundamentação diagnóstica e a tomada de decisão clínica pela enfermeira.

As intervenções ligadas ao diagnóstico se encontram em três níveis: as *prioritárias*, que têm maior probabilidade para solucionar o diagnóstico; as *sugeridas*, que têm probabilidade de solucionar o diagnóstico, mas não tanto quanto as prioritárias; e as *adicionais optativas*, que são aplicáveis somente para alguns pacientes.

A apresentação desses níveis para cada diagnóstico de enfermagem auxilia a enfermeira a selecionar as intervenções mais apropriadas, de acordo com seu o juízo clínico, pois elas não são prescritivas.

A *NIC* também descreve um conjunto de atividades essenciais, definidas como “conjunto limitado e fundamental de intervenções que definem a natureza da especialidade”. Este conjunto identifica uma área da prática especializada em que são usadas tais intervenções; apesar de não incluir todas as intervenções utilizadas na prática da especialidade, inclui as que são mais frequentes ou predominantes. Essa lista de intervenções essenciais por área de atendimento se baseia no conhecimento do que as enfermeiras especialistas fazem na sua prática cotidiana e foi validada por meio de pesquisa, da qual fizeram parte enfermeiras das associações americanas de especialistas (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b, p. 78).

No que diz respeito às intervenções em terapia intensiva, a *American Association of Critical-Care Nurses* apresenta 47 intervenções listadas na 3ª edição da *NIC* e 54 na 4ª edição (ainda não traduzida para o português). Essas intervenções são descritas num dos capítulos finais da classificação, o que facilita a sua consulta e indicação por especialidade (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004a, 2004b).

As pesquisas da *NIC* ainda deram origem a vários outros projetos, entre os quais se destaca a *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, pois também era necessária uma classificação para os resultados de enfermagem, de modo que se pudesse documentar toda a prática da Enfermagem. Assim, a *NANDA* seria a classificação para os diagnósticos; a *NIC*, a classificação para as intervenções; e a *NOC*, a classificação para os resultados de enfermagem (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004; MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2004).

Mais recentemente, um novo projeto evidenciou-se necessário, já que a *NANDA*, a *NIC* e a *NOC* cresceram e cada grupo trabalhava de forma independente para nomear, classificar e definir diagnósticos, intervenções e resultados em três estruturas separadas. Assim, por meio de negociações com os integrantes do Centro de Classificação de Enfermagem (*CNC – Center for Nursing Classification*), da Escola de Enfermagem da Universidade de *Iowa* e a *NANDA*, foi criada uma aliança – *NNN* – para possibilitar o desenvolvimento e o refinamento da linguagem padronizada de enfermagem, por meio da criação de uma estrutura taxonômica comum que tornasse visível a relação e facilitasse a ligação entre os três sistemas de classificação – *NANDA* (diagnósticos), *NIC* (intervenções) e *NOC* (resultados).

Para tanto, foi realizada uma conferência em agosto de 2001, em *Illinois/USA*, que reuniu 24 especialistas em linguagem de enfermagem padronizada (DOCHTERMAN; JONES, 2003; NANDA, 2006).

Nessa conferência, uma força tarefa compilou os trabalhos desenvolvidos, criando um rascunho de uma estrutura unificada comum para diagnósticos, intervenções e resultados (*NANDA/NIC/NOC*). A estrutura dessa proposta, *Taxonomy of nursing practice*, foi disseminada entre os participantes da conferência e disponibilizada à comunidade de enfermagem para um *feedback* na conferência *NNN* de abril de 2002, assim como também nos *sites* da *NANDA* e *CNC*.

Desde 2002, as conferências bienais da *NANDA* tornaram-se conferências da *NNN*, tendo acontecido a primeira em *Chicago*, quando se observou o sucesso da iniciativa, com a participação de várias enfermeiras vindas de muitos países, inclusive do Brasil, que tem colaborado com a divulgação de diversos trabalhos desenvolvidos sobre essa temática.

O desenvolvimento de uma estrutura unificada e comum para as três classificações de enfermagem poderá dar contribuições significantes para a prática clínica de enfermagem, para a política educacional e para o desenvolvimento de pesquisas e sistemas de informação informatizados, que auxiliam a qualificar os registros e a comunicação em enfermagem.

A taxonomia da prática de enfermagem, uma estrutura unificada comum para a linguagem de enfermagem (Quadro 1), está estruturada em 4 domínios e 28 classes:

<b>DOMÍNIOS</b>			
<b>1. FUNCIONAL</b>	<b>2. FISIOLÓGICO</b>	<b>3. PSICOSSOCIAL</b>	<b>4. AMBIENTAL</b>
Inclui diagnósticos, resultados e intervenções para promover as necessidades básicas.	Inclui diagnósticos, resultados e intervenções para promover uma ótima saúde biofísica.	Inclui diagnósticos, resultados e intervenções para promover uma ótima saúde mental, emocional e social.	Inclui diagnósticos, resultados e intervenções para promover e proteger a saúde ambiental e a segurança dos indivíduos, sistemas e comunidades.
<b>CLASSES</b> – incluem diagnósticos, intervenções e resultados pertencentes a:			
<b>Atividade/Exercício</b> – atividade física, inclusive conservação e gasto de energia.	<b>Função cardíaca</b> – mecanismos cardíacos usados para manter a profusão tissular.	<b>Comportamento</b> – ações que promovam, mantenham ou restaurem a saúde.	<b>Sistema de saúde</b> – estruturas e processos sociais, políticos e econômicos para o oferecimento de serviços de cuidados de saúde.
<b>Conforto</b> – sensação de bem-estar emocional, físico e espiritual e de relativa ausência de sofrimento.	<b>Eliminação</b> – processos relacionados à secreção e excreção de dejetos corporais.	<b>Comunicação</b> – recepção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não-verbais.	<b>Populações</b> – agrupamento de indivíduos ou de comunidades com características comuns.
<b>Crescimento e desenvolvimento</b> – marcos de crescimento e desenvolvimento físico, emocional e social.	<b>Líquidos e eletrólitos</b> – regulação de líquidos/eletrólitos e do equilíbrio ácido básico.	<b>Enfrentamento</b> – ajuste ou adaptação a eventos estressantes.	<b>Controle de riscos</b> – ato de evitar ou controlar ameaças identificáveis à saúde.
<b>Nutrição</b> – processos relacionados à ingestão, assimilação e uso de nutrientes.	<b>Neurocognição</b> – mecanismos relacionados aos sistemas de nervos e ao funcionamento neurocognitivo, inclusive a memória, o pensamento e o juízo.	<b>Emocional</b> – estado ou sensação mental capaz de influenciar as percepções do mundo.	Continua...

<p><b>Autocuidado</b> – capacidade de realizar atividades básicas e essenciais da vida diária.</p> <p><b>Sexualidade</b> – manutenção ou modificação da identidade e dos padrões sexuais.</p>	<p><b>Função farmacológica</b> – efeitos (terapêuticos e adversos) de medicamentos ou drogas e de outros produtos farmacologicamente ativos.</p> <p><b>Regulação física</b> – reações da temperatura corporal e dos sistemas endócrino e imunológico para a regulação de processos celulares.</p>	<p><b>Conhecimento</b> – compreensão e habilidade para aplicar informações para promover, manter e recuperar a saúde.</p> <p><b>Papéis/Relações</b> – manutenção e/ou modificação de comportamentos sociais esperados e conexão emocional com os outros indivíduos.</p>	<p>Continua...</p>
<p><b>Sono/Repouso</b> – quantidade e qualidade dos padrões de sono, repouso e relaxamento.</p>	<p><b>Reprodução</b> – processos relacionados à procriação humana e ao nascimento.</p>	<p><b>Autopercepção</b> – consciência do próprio corpo e da identidade pessoal.</p>	
<p><b>Valores/Crenças</b> – idéias, metas, percepções, crenças espirituais ou outras que influenciam as escolhas e as decisões.</p>	<p><b>Função respiratória</b> – ventilação adequada à manutenção dos gases do sangue arterial dentro de limites normais.</p>		
	<p><b>Sensação/Percepção</b> – entrada e interpretação de informações através dos sentidos, incluindo visão, audição, tato, paladar e olfato.</p>		
	<p><b>Integridade tissular</b> – proteção da pele e mucosas para apoio da secreção, excreção e cicatrização.</p>		

**Quadro 1** - Taxonomia da prática de enfermagem: uma estrutura unificada comum para a linguagem de enfermagem.

\* Fonte: DOCHTERMAN; JONES, 2003, p. 20.

\* Tradução realizada por Regina Garcez, com supervisão técnica da autora desta pesquisa.

Este modelo de estrutura ainda está em fase de desenvolvimento, mas espera-se que, num curto período, seja mais um instrumento capaz de viabilizar a existência de uma única classificação para a prática de enfermagem, na qual possam constar os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem, concretizando, assim, a verdadeira harmonização da *NANDA/NIC/NOC*.

Independentemente de essas classificações terem ou não estrutura comum, é preciso haver a consciência de que elas representam o conhecimento que educadores têm ensinado por décadas na Enfermagem. Todavia, a evolução dessa estrutura requer ênfase no ensino, pois as atuais rotinas com sistemas eletrônicos, cada vez mais comuns, incluem uma seqüência sistemática dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que podem ser utilizados na avaliação da qualidade e do custo da assistência prestada (LUNNEY, 2006).

## 4 MÉTODO

Apresentam-se aqui os tópicos referentes ao método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa: tipo de estudo, local de realização, população e amostra, coleta e análise dos dados e aspectos éticos.

### 4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo transversal, retrospectivo, que descreve as características do objeto em estudo, num determinado momento no tempo (PALLAS; VILLA, 2000; POLIT; HUNGLER, 1995). Para tanto, utilizou-se da estatística descritiva e do mapeamento cruzado.

O mapeamento cruzado é um processo metodológico que consiste em explicar ou expressar algo por meio de palavras similares ou com o mesmo significado. É um procedimento que compara dados com o intuito de identificar similaridade e validar objetos de estudo em diferentes contextos (COENEN; RYAN; SUTTON, 1997; DELANEY; MOORHEAD, 1997; MOORHEAD; DELANEY, 1997).

Assim, a investigação se desenvolveu em duas etapas:

- a) identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente estabelecidos pelas enfermeiras do CTI do HCPA, para os pacientes internados nesta unidade, bem como os cuidados de enfermagem prescritos por elas, para os referidos diagnósticos, num período de seis meses, previamente estabelecido, de forma retrospectiva;
- b) realização do mapeamento cruzado entre cada um dos cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA, para os pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente estabelecidos, e as intervenções propostas pela NIC para esses diagnósticos.

## 4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no CTI do HCPA, hospital universitário da UFRGS, uma instituição de grande porte, de atenção múltipla, voltada à educação, pesquisa e assistência em saúde.

O CTI do HCPA é uma unidade referência em Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul, para a internação de pacientes adultos criticamente enfermos. Também é campo de estágio para os cursos da área da saúde da UFRGS, bem como para estágios voluntários, fazendo com que, além da assistência em saúde, ele também esteja ligado ao ensino e à pesquisa.

Situado no 13º andar do referido hospital, possui 34 leitos, divididos em duas grandes áreas de atendimento. A área I possui 21 leitos, três para pacientes coronarianos, nove para pacientes clínicos e cirúrgicos, um deles destinado à espera de paciente pós-reanimação cardiorrespiratória proveniente das demais unidades do hospital, e três para pacientes em isolamento. Os demais seis leitos são destinados ao atendimento exclusivo de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e estão localizados em uma área física específica, motivos pelos quais será considerada como uma terceira área de atendimento, quando da apresentação dos resultados dessa pesquisa. A área II possui 13 leitos, sendo um para o atendimento de pacientes transplantados, um para pacientes em isolamento e os 11 restantes para pacientes clínicos e cirúrgicos.

A equipe de enfermagem do CTI é constituída por 35 enfermeiras, uma delas respondendo pela chefia da unidade, 120 técnicos de enfermagem e 3 auxiliares de enfermagem. Está ligada hierarquicamente ao Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI), que é chefiado por uma enfermeira docente da Escola de Enfermagem da UFRGS e que integra o Grupo de Enfermagem do HCPA, órgão máximo de coordenação de enfermagem na instituição.

### 4.3 População e amostra do estudo

Para a realização do estudo, consideram-se como população as informações contidas na base de dados do sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA, referentes às internações de pacientes ocorridas no CTI.

Na primeira etapa da investigação, a amostra ficou composta por informações referentes à totalidade dos pacientes internados no CTI, em período previamente estabelecido, com a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, bem como dos cuidados de enfermagem prescritos para os mesmos. A internação no CTI foi o único critério de inclusão estabelecido, além do registro informatizado da prescrição de enfermagem.

Em sua segunda etapa, a amostra foi constituída apenas pelas informações referentes às internações dos pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI e seus respectivos cuidados de enfermagem prescritos, identificados na primeira fase da pesquisa.

O ponto de corte para identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foi estabelecido pelo uso de medidas estatísticas descritivas, utilizando-se como referência a medida de ordenamento e posição denominada quartil. Para tanto, realizou-se a distribuição dos diagnósticos, em ordem crescente de frequência, em quatro partes iguais, considerando-se o terceiro quartil como ponto de corte, ou seja, o número da série que tem três quartos dos dados abaixo dele (75%) e uma quarta parte (25%) acima. Dessa forma, os diagnósticos de enfermagem considerados neste estudo são os constantes no quartil correspondente aos 25% mais frequentes (GOLDIM, 2000; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MOTTA; WAGNER, 2003).

#### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva, através de pesquisa no extrator de dados do sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA, considerando as informações dos pacientes internados no CTI deste hospital, no período de seis meses entre julho e dezembro de 2003. Os dados foram registrados em planilhas do programa *Excel for Windows*, de modo que fosse possível identificar as informações necessárias à investigação.

Optou-se por realizar a coleta de dados considerando o período de seis meses, em função de se trabalhar com dados desconhecidos, o que dificulta qualquer previsão num período de tempo menor. Esse intervalo de tempo é equivalente ao usado no estudo de Moorhead e Delaney (1997), principal referência metodológica deste trabalho; além disso, foram levadas em consideração as características do local do estudo, um hospital universitário de grande porte, com prescrição de enfermagem informatizada e vinculada aos diagnósticos de enfermagem com base na *NANDA*, semelhante ao local pesquisado pelas autoras citadas.

#### 4.5 Análise dos dados

A análise dos dados desta investigação ocorreu em duas grandes etapas. Inicialmente, eles foram analisados pela estatística descritiva, com o auxílio dos programas *Excel for Windows* e *Statistical Package for the Social Sciences 12.0 for Windows - SPSS* (GOLDIM, 2000; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MOTTA; WAGNER, 2003; POLIT; HUNGLER, 1995; WAGNER; MOTTA; DORNELLES, 2004).

É importante destacar que na realização dessa etapa foi necessário organizar as informações em planilhas, por meio do programa *Excel*, contendo os diferentes diagnósticos de enfermagem e seus diferentes cuidados de enfermagem prescritos para cada internação de paciente ocorrida no período estudado, para somente após processar esses dados pelo *SPSS*. Dessa forma, se um paciente teve repetida, por cinco dias consecutivos, a mesma prescrição de enfermagem para um mesmo diagnóstico, isso não foi considerado na frequência, contando-se aquele diagnóstico e seus diferentes cuidados prescritos somente uma vez. Optou-se por essa forma de organizar os dados porque, na realização do mapeamento cruzado, o importante é contemplar todos os diferentes cuidados de enfermagem prescritos, para os diferentes diagnósticos existentes. Quanto aos testes de significância realizados, para todos se considerou  $\alpha = 0,05$ .

No segundo momento da análise, ocorreu a realização do mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA, para os pacientes com os diagnósticos de enfermagem selecionados, e as intervenções propostas pela *NIC* em sua 3ª edição, traduzida para o português. Entretanto, ao se realizar o mapeamento, também se consultou a classificação no original em inglês tanto na 3ª como na 4ª edição, a fim de verificar alguma outra possibilidade não evidenciada na tradução.

Este método de mapeamento cruzado pode auxiliar as enfermeiras a evidenciar e visibilizar seu fazer, já que ele possibilita identificar sua prática clínica

num sistema de classificações próprio da enfermagem, como, por exemplo, a *NIC*. É também um mecanismo importante para a criação, organização e qualificação de uma base de dados de enfermagem a partir de informações já existentes, como é o caso do HCPA (LUCENA; BARROS, 2004a, 2004b, 2005).

Nesta etapa de análise, em que o intuito foi o de comparar o objeto de estudo (prescrições de enfermagem) com a classificação de intervenções de enfermagem – *NIC*, utilizou-se como referência o modelo de Moorhead e Delaney (1997), o qual enfatiza que pesquisas desse tipo auxiliam a melhorar os sistemas computadorizados usados pela Enfermagem, assim como o desenvolvimento de linguagens padronizadas. Esse referencial também já foi utilizado em estudos brasileiros, que não só auxiliaram no aprofundamento do conhecimento e uso desta metodologia, mas também permitiram uma análise da realidade da Enfermagem brasileira, no que diz respeito aos sistemas de classificação (CHIANCA, 2003; GUIMARÃES, 2000; NÓBREGA, *et al.*, 2003).

Na sua utilização, existem três grandes etapas:

- a) recuperação de todas as prescrições de enfermagem vinculadas aos diagnósticos de enfermagem selecionados no sistema computadorizado;
- b) vinculação de cada cuidado de enfermagem prescrito às intervenções/atividades de enfermagem da *NIC*;
- c) organização de uma listagem de intervenções/atividades *NIC* para cada diagnóstico de enfermagem estudado.

Além dessas três etapas, o processo de mapeamento cruzado pressupõe o estabelecimento de regras que, segundo Moorhead e Delaney (1997), podem ser determinadas à medida que ele for sendo delineado. Essas regras devem ser baseadas em características tanto da estrutura dos dados no sistema de informação utilizado, quanto nas características da classificação usada.

Nesta pesquisa, se propôs, inicialmente, a utilização de seis regras adaptadas do referencial adotado, as quais foram testadas por meio de um estudo piloto, que

possibilitou verificar a validade e aplicabilidade não só das regras, mas do método como um todo (LUCENA; BARROS, 2004a, 2005).

Para o estudo piloto, utilizou-se como amostra informações coletadas no sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA, com identificação de todos os diagnósticos de enfermagem, bem como dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes internados numa das áreas do CTI, num período de oito dias consecutivos no mês de outubro de 2003.

Os dados utilizados nesse estudo piloto não foram considerados na amostra da pesquisa. Entretanto, sua realização contribuiu não só para o conhecimento e testagem da aplicabilidade do método de mapeamento cruzado e de suas regras na realidade investigada, mas também para o aprofundamento do conhecimento da *NIC* e a familiaridade com essa classificação, o que é essencial para o desenvolvimento dessa metodologia (CHAVES; LUCENA; BARROS, 2004; LUCENA; BARROS, 2004b).

Dele também surgiu a constatação da necessidade de incorporação de novas regras para o mapeamento, além das usadas inicialmente, conforme o previsto por Moorhead e Delaney (1997). Dessa forma, foram criadas quatro novas regras, tendo em vista as particularidades do banco de dados pesquisado e da própria *NIC*.

Assim, concluiu-se o estudo piloto com um total de dez regras para o mapeamento cruzado, sendo as seis primeiras (1 a 6) adaptadas do referencial metodológico utilizado e as demais (7 a 10) criadas para possibilitar esta pesquisa. Salienta-se que, para cada regra criada, encontra-se uma justificativa.

As dez regras estabelecidas para o mapeamento cruzado nesta pesquisa são as seguintes:

1. Selecionar uma intervenção da *NIC* para cada cuidado de enfermagem prescrito no CTI /HCPA, para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes.

2. Selecionar a intervenção da *NIC* com base na semelhança entre o cuidado de enfermagem prescrito e a definição da intervenção e as atividades listadas.
3. Determinar uma palavra-chave constante no cuidado de enfermagem prescrito, a qual auxiliará na identificação da intervenção/atividade mais apropriada na *NIC*.
4. Utilizar, preferencialmente, os verbos empregados no cuidado de enfermagem prescrito, para selecionar a intervenção/atividade da *NIC*.
5. Mapear o cuidado de enfermagem prescrito que utilizar dois verbos em duas diferentes intervenções da *NIC*, quando as ações forem diferentes.
6. Identificar o cuidado de enfermagem prescrito que, por qualquer motivo, não puder ser mapeado.
7. Utilizar como referência, para o início do mapeamento cruzado entre o cuidado de enfermagem prescrito e as intervenções/atividades *NIC*, o *diagnóstico de enfermagem* e as *intervenções de enfermagem prioritárias, sugeridas e adicionais optativas* descritas pela *NIC*, como *ligadas ao diagnóstico* em estudo.

Essa regra foi estabelecida em função da necessidade de um marco inicial para o mapeamento cruzado, já que a *NIC*, na sua 3<sup>a</sup> edição, contém 486 intervenções de enfermagem e mais de 12.000 atividades/ações e está articulada com os diagnósticos da *NANDA* e com os resultados da *NOC*.

8. Mapear o cuidado de enfermagem prescrito nas demais intervenções *NIC* quando este não puder ser mapeado nas intervenções *prioritárias, sugeridas* ou *adicionais optativas* para o diagnóstico identificado, mas indicar relevância no processo de mapeamento, devendo, dessa forma, ser descrito e justificado.

Essa regra tem como objetivo verificar a existência de algum cuidado prescrito no CTI/HCPA não contemplado nas intervenções da *NIC* ligadas ao

diagnóstico em estudo. Caso isto ocorra, poderá servir de sugestão para uma provável inclusão na classificação estudada, já que, segundo as pesquisadoras e autoras da classificação estudada, as ligações não são prescritivas, devendo ser testadas na prática clínica da Enfermagem.

9. Mapear o cuidado de enfermagem prescrito que apresentar a terminologia “*Implementar rotina de cuidados com...*” ou “*Implementar rotina para...*” somente nas intervenções *NIC* (sem mapear a atividade), tomando como base a similaridade entre o cuidado prescrito e o título e definição da intervenção da *NIC*.

O fato de várias prescrições de cuidados de enfermagem usarem a terminologia referida demonstra a existência de uma rotina de atividades ou um protocolo de cuidados para determinadas intervenções de enfermagem. Nesse caso, o mapeamento das atividades não é possível, já que não se trata de uma única atividade, mas sim de um conjunto delas, as quais não estão especificadas na prescrição analisada. Essa prescrição, portanto, refere-se a um conjunto de atividades, configurando assim, pelo referencial da *NIC*, o caráter de uma intervenção.

Sobre isso é importante dizer que, no HCPA, apesar de existirem os chamados Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, que são utilizados para descrever procedimentos de rotina no atendimento de determinados casos, estes não foram considerados para fins de mapeamento, por não constarem na descrição das prescrições de enfermagem estudadas e, principalmente, por não estarem concluídos e disponíveis para todas as intervenções consideradas de rotina no hospital. Assim, considerou-se somente o cuidado prescrito conforme apresentado no sistema informatizado de prescrição de enfermagem.

Como exemplo para esse caso, temos a prescrição “*Implementar rotina de cuidados com soroterapia*”, mapeada na intervenção *NIC* “*Controle de líquidos/eletrólitos*”, sem mapeamento em atividade específica, já que essa não está descrita na prescrição.

10. Mapear o cuidado de enfermagem prescrito que apresentar a terminologia “*Implementar rotina de cuidados com...*” ou “*Implementar rotina para...*” nas intervenções e nas atividades da *NIC* quando a intervenção *NIC* apresentar uma atividade que utiliza a terminologia “*quando* ou *conforme adequado, quando* ou *conforme apropriado, quando necessário, conforme ordenado, conforme prescrito, conforme indicado* e *conforme protocolo*”, ou, ainda, quando houver uma *palavra-chave* que indicar semelhança entre o cuidado prescrito e a atividade *NIC*.

Essa regra foi definida em razão do cuidado prescrito se referir a um conjunto de atividades, o que permite seu mapeamento numa intervenção da *NIC*, mas também numa atividade quando a *NIC* a descreve com as terminologias citadas, deixando claro que estas podem ser realizadas quando e como a situação requereu. Também pode-se mapear o cuidado prescrito numa atividade *NIC* quando ele apresentar semelhança com a ação a ser realizada, que é identificada pela presença de uma palavra-chave similar em ambos.

Os exemplos de prescrições encontradas nesses casos e as intervenções/atividades *NIC* em que foram mapeadas são:

- a) implementar rotina de cuidados na lavagem de sonda vesical; Intervenção *NIC* – cuidados com sondas e drenos: bexiga; Atividade *NIC* – irrigar o sistema de cateter urinário, usando técnica esterilizada, quando adequado;
- b) implementar rotina para manuseio de cateter venoso central; Intervenção *NIC* – controle de infecção; Atividade *NIC* – assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas IV.

Destaca-se, ainda, que durante o estudo piloto foi criada uma quinta regra para mapear os cuidados de enfermagem prescritos que apresentavam complemento (texto livre digitado pelas enfermeiras). Entretanto, na prática, ela demonstrou que o seu uso com a totalidade dos dados coletados era inviável, em função de o complemento estar sob forma de texto livre, o que impossibilitava a análise estatística e também o processo de mapeamento cruzado num período maior do que o

utilizado no teste piloto. Assim, decidiu-se não mapear essas informações, limitando-se o estudo àquelas com texto padronizado no sistema informatizado. Salienta-se que esta decisão foi tomada após se verificar que o número de prescrições contendo complemento não era relevante para este estudo e que a sua utilização era sempre para acrescentar algum dado ao cuidado padronizado pelo sistema informatizado.

Assim, sintetizando-se o conjunto de regras, pode-se dizer que, para cada cuidado de enfermagem prescrito para os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no CTI/HCPA, foram selecionadas intervenções da *NIC*, com base na semelhança entre o cuidado prescrito e a definição da intervenção *NIC* e as atividades por ela listadas, num processo de comparação entre ambos.

A escolha das intervenções *NIC* para o mapeamento cruzado com as prescrições de enfermagem foi realizada pela autora e orientadora deste estudo, as quais possuem experiência na área de terapia intensiva, sendo que a última é *expert*<sup>1</sup> no estudo dos elementos da prática de enfermagem, ou seja, dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Além disso, o material produzido pelo mapeamento cruzado foi revisado por pesquisadora com experiência na área.

Durante todo o processo foram observadas as regras definidas para o mapeamento cruzado, além de conhecimentos do referencial clínico<sup>2</sup> usado na prática de enfermagem, que fornece fundamentação científica a este fazer.

É importante destacar que, além da criação e do ajuste das regras durante o estudo piloto, também foi necessária uma constante revisão das mesmas durante o desenvolvimento de todo o processo de mapeamento cruzado, pois alguns detalhes só foram identificados ao longo do trabalho. Isso não quer dizer que as regras não tenham sido obedecidas, mas sim que foram aprimoradas e readequadas em acordo às necessidades e peculiaridades do estudo, conforme recomendado por Moorhead e Delaney (1997).

---

<sup>1</sup> *Expert* – perito, especialista em determinada área.

<sup>2</sup> Referencial clínico – conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia e farmacologia, aplicados à prática de enfermagem, que podem contribuir na seleção e análise das intervenções de enfermagem.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Em atenção às determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005a ), esta pesquisa foi apreciada pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Universidade Federal de São Paulo, obtendo autorização de ambas (ANEXO A e ANEXO B ).

Conforme normas do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA, local de realização da coleta de dados, foi utilizado um termo de responsabilidade denominado “Termo de Compromisso para Utilização de Dados” (ANEXO C), o qual foi assinado pelas pesquisadoras envolvidas, que se comprometeram a utilizar as informações coletadas nas bases de dados do hospital apenas para a elaboração de pesquisa, respeitando os princípios de confidencialidade e anonimato.

## 5 RESULTADOS

Metodologicamente, o estudo foi desenvolvido em duas fases. Na primeira, foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no CTI/HCPA com os respectivos cuidados de enfermagem prescritos e, na segunda, realizou-se o mapeamento cruzado com as intervenções/atividades da *NIC*. Seguindo esta lógica, os resultados também estão apresentados em duas fases.

### **5.1 Primeira fase do estudo:** identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no CTI/HCPA e os cuidados de enfermagem prescritos

O desenvolvimento desta primeira fase do estudo atendeu aos dois primeiros objetivos específicos desta pesquisa. Para tanto, estudou-se um total de 991 internações no CTI/HCPA, sendo 345 na área de pós-operatório de cirurgia cardíaca (POCC), 336 na Área 2 e 310 na Área 1, referentes a 841 diferentes pacientes.

Essas internações demandaram um total de 6.845 diagnósticos de enfermagem, com 63 diferentes categorias diagnósticas, para as quais foram prescritos 39.947 cuidados de enfermagem, que são analisados na segunda fase do estudo, por meio do mapeamento cruzado.

### 5.1.1 Diagnósticos de enfermagem identificados no CTI

Os diferentes diagnósticos de enfermagem identificados nas internações ocorridas no CTI/HCPA, nos seis meses estudados, estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1** – Diagnósticos de enfermagem identificados nas internações ocorridas no CTI/HCPA. Porto Alegre, 2006.

Diagnósticos de enfermagem	Frequência				% Internação (n = 991)	% Diagnóstico (n = 6.845)
	Área 1	Área 2	PO CC	Total		
Déficit no autocuidado: banho e ou higiene	301	329	342	972	98,1	14,2
Risco para infecção	303	317	330	950	95,9	13,9
Mobilidade física prejudicada	157	191	240	588	59,3	8,6
Padrão respiratório ineficaz	171	153	170	494	49,8	7,2
Incapacidade para manter respiração espontânea	142	141	144	427	43,1	6,2
Risco para prejuízo da integridade da pele	126	135	142	403	40,7	5,9
Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita	139	137	119	395	39,9	5,8
Risco para função respiratória alterada	81	148	162	391	39,5	5,7
Alteração na eliminação urinária	96	80	93	269	27,1	3,9
Integridade tissular prejudicada	70	86	107	263	26,5	3,8
Dor aguda	65	35	122	222	22,4	3,2
Alteração na perfusão tissular: periférica	31	21	115	167	16,9	2,4
Risco para déficit no volume de líquidos	39	21	75	135	13,6	2
Deglutição prejudicada	44	75	13	132	13,3	1,9
Déficit no volume de líquidos	47	23	32	102	10,3	1,5
Integridade da pele prejudicada	48	32	11	91	9,2	1,3
Conforto alterado	18	18	44	80	8,1	1,2
Intolerância à atividade	21	22	30	73	7,4	1,1
Risco para disfunção vascular	14	17	30	61	6,2	0,9
Déficit no autocuidado: alimentação	28	22	6	56	5,7	0,8
Risco para trauma	25	21	6	52	5,2	0,8
Confusão aguda	16	14	11	41	4,1	0,6
Troca de gases prejudicada	22	16	2	40	4,0	0,6
Risco para desequilíbrio do volume de líquidos	14	10	14	38	3,8	0,6
Proteção alterada	16	16	5	37	3,7	0,5
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	20	12	4	36	3,6	0,5
Excesso no volume de líquidos	7	4	20	31	3,1	0,5
Diarréia	14	13	2	29	2,9	0,4
Hipertermia	11	13	5	29	2,9	0,4
Ansiedade	8	5	13	26	2,6	0,4

Continua...

						Continua...
Déficit no autocuidado: higiene	6	7	9	22	2,2	0,3
Constipação	5	6	10	21	2,1	0,3
Incontinência intestinal	10	7	3	20	2,0	0,3
Débito cardíaco diminuído	6	1	11	18	1,8	0,3
Retenção urinária	11	4	3	18	1,8	0,3
Negligência unilateral	10	5	-	15	1,5	0,2
Dor crônica	4	4	6	14	1,4	0,2
Resposta disfuncional ao desmame ventilatório	1	7	3	11	1,1	0,2
Déficit na atividade de lazer	2	2	5	9	0,9	0,1
Distúrbio do padrão do sono	3	1	3	7	0,7	0,1
Alteração da perfusão tissular	1	-	3	4	0,4	0,1
Comunicação prejudicada	1	-	3	4	0,4	0,1
Confusão crônica	2	1	1	4	0,4	0,1
Desesperança	2	-	2	4	0,4	0,1
Fadiga	1	1	2	4	0,4	0,1
Perfusão tissular gastrointestinal prejudicada	1	3	-	4	0,4	0,1
Processos de pensamento perturbados	1	3	-	4	0,4	0,1
Risco amamentação ineficaz	2	2	-	4	0,4	0,1
Alteração na mucosa oral	2	1	-	3	0,3	0
Alteração na nutrição: mais do que o corpo necessita	1	1	1	3	0,3	0
Risco para suicídio	1	2	-	3	0,3	0
Amamentação interrompida	1	1	-	2	0,2	0
Déficit de conhecimento	-	-	2	2	0,2	0
Interação social prejudicada	1	1	-	2	0,2	0
Medo	1	-	1	2	0,2	0
Risco para agressão	-	2	-	2	0,2	0
Risco para aspiração	-	-	2	2	0,2	0
Termorregulação ineficaz	1	1	-	2	0,2	0
Hipotermia	1	-	-	1	0,1	0
Síndrome do estresse da mudança de ambiente	-	-	1	1	0,1	0
Alteração na nutrição: potencial para mais do que o corpo necessita	1	-	-	1	0,1	0
Controle ineficaz do regime terapêutico	-	-	1	1	0,1	0
Distúrbios na auto-estima	1	-	-	1	0,1	0
<b>TOTAL</b>	<b>2.174</b>	<b>2.190</b>	<b>2.481</b>	<b>6.845</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

A Tabela 1 apresenta, em ordem decrescente de frequência, os 63 diferentes diagnósticos de enfermagem identificados no CTI, considerando o total de internações e especificando cada uma das três diferentes áreas da unidade. Além disto, aponta os percentuais referentes a cada um dos diagnósticos, os quais se referem, respectivamente, ao número de internações ocorridas (991) e ao número total de diagnósticos realizados (6.845) no período estudado.

### **5.1.2 Diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados no CTI**

Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI/HCPA, usou-se a estatística descritiva (com auxílio dos programas *Excel* e *SPSS*), tendo como ponto de corte os diagnósticos de enfermagem que se encontravam a partir do 3º quartil (MOTTA; WAGNER, 2003).

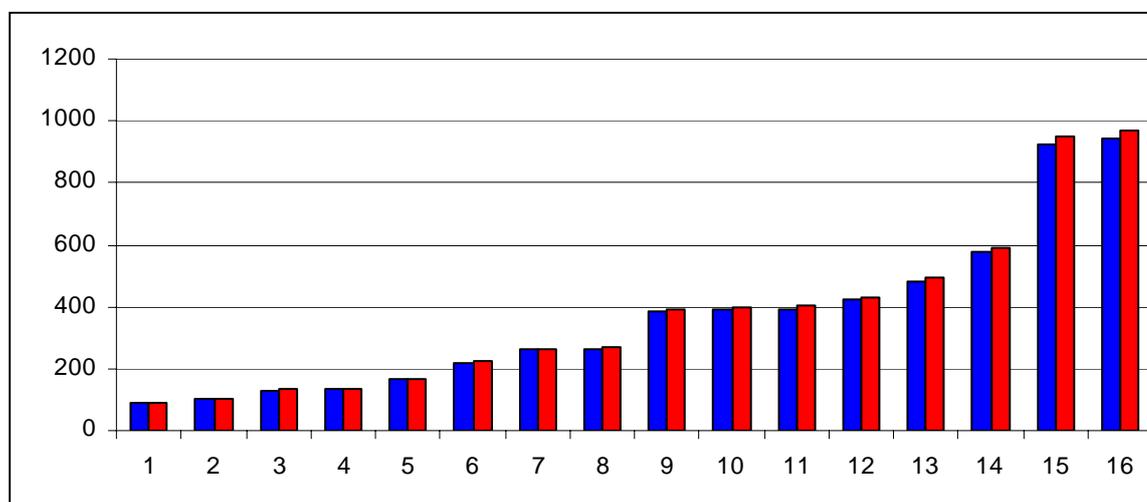
Na realização desse processo, observou-se que vários pacientes eram trocados de leito durante o seu período de permanência na unidade. Sabe-se que este fato ocorre no CTI em muitos momentos e por motivos diversos, sem que isso represente uma nova internação. No entanto, o sistema informatizado do hospital entende esta troca de leito como uma nova internação, repetindo os dados do paciente. Dessa forma, os diagnósticos de enfermagem também se repetem, mesmo quando é o mesmo paciente numa mesma internação.

Diante dessa situação, houve a preocupação em não superestimar a frequência de ocorrência de alguns diagnósticos de enfermagem. Assim, procedeu-se à verificação de todas as internações dos pacientes estudados, para identificar se eles haviam passado por alguma troca de leito. Os que foram identificados nessa condição tiveram excluídos os diagnósticos de enfermagem repetidos. Isso aconteceu em 29 casos, ou seja, em 2,9% das internações estudadas.

Assim, calculou-se a frequência dos diagnósticos de enfermagem considerando os dados como originalmente constantes no sistema (com todos os casos) e, após, com a exclusão dos diagnósticos que se repetiam em função da troca de leito dos pacientes entre as unidades que compõem o CTI. Essa condição pôde ser identificada no sistema pela existência do mesmo horário de saída numa área e de entrada noutra, ou com uma diferença de apenas poucos minutos entre uma e outra área do CTI.

Este procedimento de “limpeza” nos dados foi realizado no intuito de obter o resultado mais fidedigno possível. Após realizar os cálculos considerando os dados originais e com a exclusão dos diagnósticos de enfermagem repetidos, observou-se que a diferença encontrada não foi relevante e que, portanto, eles não interferiram na frequência de ocorrência dos diagnósticos de enfermagem (Gráfico 1).

É importante salientar que os diagnósticos de enfermagem de maior frequência permanecem os mesmos em qualquer das situações estudadas, mudando apenas, de forma não estatisticamente significativa, os percentuais relativos às internações.



**Legenda:**

- Frequência de diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados no CTI.
- Frequência de diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados no CTI após exclusão de repetições pela troca de leito nas diferentes áreas da unidade.

1 - Integridade da pele prejudicada; 2 - Déficit no volume de líquidos; 3 - Deglutição prejudicada; 4 - Risco para déficit no volume de líquidos; 5 - Alteração na perfusão tissular: periférica; 6 - Dor aguda; 7 - Integridade tissular prejudicada; 8 - Alteração na eliminação urinária; 9 - Risco para função respiratória alterada; 10 - Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita; 11 - Risco para prejuízo da integridade da pele; 12 - Incapacidade para manter respiração espontânea; 13 - Padrão respiratório ineficaz; 14 - Mobilidade física prejudicada; 15 - Risco para infecção; 16 - Déficit no autocuidado: banho e ou higiene.

**Gráfico 1** – Comparação da distribuição da frequência dos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados no CTI/HCPA, com a distribuição da frequência dos mesmos após exclusão de repetições pela troca de leito dos pacientes nas suas diferentes áreas. Porto Alegre, 2006.

Como se vê, as frequências dos diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência são muito semelhantes em qualquer uma das possibilidades examinadas, não apresentando diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,99$ ).

Dessa forma, optou-se por trabalhar somente com as informações encontradas no banco de dados original do hospital, desconsiderando-se as trocas de leito na unidade. Esta opção se deu por dois motivos principais: primeiro, por não haver diferença relevante entre os dados e, segundo, pelo risco de trabalhar com modificações no banco original, o que poderia ocasionar erros e interferências na realização do estudo, já que a limpeza realizada para excluir os diagnósticos repetidos foi realizada manualmente, numa planilha do *Excel*.

Uma vez tomada essa decisão, prosseguiu-se na análise dos dados, identificando-se os diagnósticos de enfermagem mais frequentes (Tabela 2).

**Tabela 2** – Diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados nas internações ocorridas no CTI/HCPA. Porto Alegre, 2006.

Diagnósticos de enfermagem	Frequência			Total	% Internações (n = 991)	% Diagnóstico (n = 6.845)
	POCC	Área 1	Área 2			
<b>Déficit no autocuidado: banho e ou higiene*</b>	342	301	329	972	<b>98,1</b>	14,2
<b>Risco para infecção</b>	330	303	317	950	<b>95,9</b>	13,9
<b>Mobilidade física prejudicada</b>	240	157	191	588	<b>59,3</b>	8,6
<b>Padrão respiratório ineficaz</b>	170	171	153	494	<b>49,8</b>	7,2
<b>Incapacidade para manter respiração Espontânea**</b>	144	142	141	427	<b>43,1</b>	6,2
<b>Risco para prejuízo da integridade da Pele***</b>	142	126	135	403	<b>40,7</b>	5,9
Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita	119	139	137	395	39,9	5,8
Risco para função respiratória alterada	162	81	148	391	39,5	5,7
Alteração na eliminação urinária	93	96	80	269	27,1	3,9
Integridade tissular prejudicada	107	70	86	263	26,5	3,8
Dor aguda	122	65	35	222	22,4	3,2
Alteração na perfusão tissular: periférica	115	31	21	167	16,9	2,4
Risco para déficit no volume de líquidos	75	39	21	135	13,6	2
Deglutição prejudicada	13	44	75	132	13,3	1,9
Déficit no volume de líquidos	32	47	23	102	10,3	1,5
Integridade da pele prejudicada	11	48	32	91	9,2	1,3
<b>Total</b>	<b>2.217</b>	<b>1.860</b>	<b>1.924</b>	<b>6.001</b>	-	<b>87,5</b>

**Notas:** - Em negrito, os diagnósticos de enfermagem que apresentaram percentuais acima de 40% por internação.

- A taxonomia II da NANDA (2005, 2006) descreve os diagnósticos assinalados como:

\* “Déficit no autocuidado para banho/higiene”.

\*\* “Ventilação espontânea prejudicada”.

\*\*\* “Risco para integridade da pele prejudicada”.

Verifica-se na Tabela 2 que os 16 diagnósticos de enfermagem de maior frequência de ocorrência perfazem o total de 6.001 diagnósticos, equivalendo a um percentual de 87,5% do total de diagnósticos realizados na unidade, que foi de 6.845 nos seis meses de coleta de dados.

Em relação ao total de 63 diferentes categorias diagnósticas encontradas, essas 16 categorias de maior frequência de ocorrência representam 25,4%, ou seja, um quarto do total dos dados. Esse percentual era obviamente esperado, em função de se estar trabalhando com a medida estatística de quartis.

A Tabela 2 também apresenta a frequência de cada diagnóstico de enfermagem nas três diferentes áreas do CTI e no seu total. Por último, é apontado o percentual de cada diagnóstico referente às 991 internações ocorridas no período, seguido pelo percentual relativo ao número total de diagnósticos realizados.

Identificados os diagnósticos de enfermagem de maior frequência no CTI/HCPA, procedeu-se a uma análise em separado nas suas três diferentes áreas, com o objetivo de verificar se os resultados eram semelhantes ou se alguma das áreas, quando avaliada de forma individual, apresentava um perfil de diagnósticos diferentes da unidade como um todo. A Tabela 3 apresenta esses resultados.

**Tabela 3** - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados nas internações ocorridas no CTI/HCPA, em suas três diferentes áreas, analisados de forma independente. Porto Alegre, 2006.

Diagnósticos de enfermagem	Área 1 (n = 310)		Área 2 (n = 336)		POCC (n = 345)	
	F	%	F	%	F	%
* Déficit no autocuidado: banho e ou higiene	<b>301</b>	<b>97,1</b>	<b>329</b>	<b>97,9</b>	<b>342</b>	<b>99,1</b>
* Risco para infecção	<b>303</b>	<b>97,7</b>	<b>317</b>	<b>94,3</b>	<b>330</b>	<b>95,7</b>
* Mobilidade física prejudicada	<b>157</b>	<b>50,6</b>	<b>191</b>	<b>56,8</b>	<b>240</b>	<b>69,6</b>
* Padrão respiratório ineficaz	<b>171</b>	<b>55,2</b>	<b>153</b>	<b>45,5</b>	<b>170</b>	<b>49,3</b>
* Incapacidade para manter respiração espontânea	<b>142</b>	<b>45,8</b>	<b>141</b>	<b>42</b>	<b>144</b>	<b>41,7</b>
* Risco para prejuízo da integridade da pele	<b>126</b>	<b>40,6</b>	<b>135</b>	<b>40,2</b>	<b>142</b>	<b>41,2</b>
* Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita	<b>139</b>	<b>44,8</b>	<b>137</b>	<b>40,8</b>	119	34,5
* Risco para função respiratória alterada	81	26,1	<b>148</b>	<b>44</b>	<b>162</b>	<b>47</b>
* Alteração na eliminação urinária	96	31	80	23,8	93	27
* Integridade tissular prejudicada	70	22,6	86	25,6	107	31
* Dor aguda	65	21	35	10,4	122	35,4
* Déficit no volume de líquidos	47	15,2	23	6,8	32	9,3
** Alteração na perfusão tissular: periférica	31	10	-	-	115	33,3
** Deglutição prejudicada	44	14,2	75	22,3	-	-
** Risco para déficit no volume de líquidos	39	12,6	-	-	75	21,7
** Integridade da pele prejudicada	48	15,5	32	9,5	-	-
** Intolerância à atividade	-	-	22	6,5	30	8,7
*** Conforto alterado	-	-	-	-	44	12,8
*** Risco para disfunção vascular	-	-	-	-	30	8,7
*** Déficit no autocuidado: alimentação	-	-	22	6,5	-	-

**Notas:** Em negrito, os dados referentes aos diagnósticos de maior frequência de ocorrência em cada uma das áreas, analisadas de forma individual, considerando percentuais acima de 40%.

\* Diagnósticos de enfermagem identificados nas três diferentes áreas do CTI.

\*\* Diagnósticos de enfermagem identificados em duas das áreas do CTI.

\*\*\* Diagnósticos de enfermagem identificados em uma das áreas do CTI.

Na Tabela 3 estão apresentados os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem de maior frequência de ocorrência nas três áreas do CTI/HCPA, de forma independente. Estes diagnósticos de enfermagem são em número de 20, sendo que três deles foram identificados somente numa das áreas, cinco em duas das áreas e 12 nas três diferentes áreas. As frequências e os percentuais apresentados se referem às internações de cada área em separado, ou seja, 310 na Área 1, 336 na Área 2 e 345 no POCC.

A presença de diagnósticos de enfermagem com a frequência e o percentual em branco, nesta tabela, não significa que eles não tenham sido identificados numa ou noutra área, mas sim que sua frequência está abaixo do ponto de corte, ou seja, o 3º quartil.

Assim, observa-se que os diagnósticos de enfermagem de maior frequência são muito semelhantes nas três diferentes áreas, já que, dos 20 identificados, 12 (60%) ocorrem de forma comum nas áreas estudadas, alternando somente uma ou outra posição, ou seja, quando um diagnóstico se encontra numa área classificado como o mais frequente, noutra ele é encontrado em uma ou duas posições seguintes, e assim por diante.

Especificamente, na área para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, percebe-se que os primeiros diagnósticos de enfermagem de maior frequência, com percentuais próximos a 40%, são similares aos atribuídos aos demais pacientes internados no CTI. Os diagnósticos de enfermagem que podem ser considerados mais específicos dos pacientes com alterações cardiovasculares e ou em pós-operatório, como “Alteração na perfusão tissular: periférica”, “Risco para déficit no volume de líquidos”, “Déficit no volume de líquidos” e “Risco para disfunção vascular”, apareceram com percentuais bem menores em relação aos demais.

Finalizando esta primeira etapa de resultados, apresentam-se a seguir as médias de diagnósticos de enfermagem para o total de internações ocorridas no CTI/HCPA durante o período estudado (Tabela 4).

**Tabela 4** - Média de diagnósticos de enfermagem identificados por internação ocorrida no CTI/HCPA. Porto Alegre, 2006.

Área do CTI	Internações	Diagnósticos	Média de Diagnósticos/ Internação
1	310	2.174	7,0
2	336	2.190	6,5
POCC	345	2.481	7,2
<b>Total</b>	<b>991</b>	<b>6.845</b>	<b>6,9</b>

A Tabela 4 mostra as médias de diagnósticos de enfermagem identificados por internação ocorrida no CTI/HCPA, considerando-se as três diferentes áreas da unidade, ou seja: 7 diagnósticos por internação na Área 1; 6,5 diagnósticos por internação na Área 2; 7,2 diagnósticos por internação no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca; e 6,9 diagnósticos por internação na unidade como um todo.

### **5.1.3 Diagnósticos de enfermagem selecionados para o mapeamento cruzado**

O desenvolvimento do mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA e as intervenções de enfermagem propostas pela *NIC* necessitou, inicialmente, da identificação dos diagnósticos de enfermagem de maior frequência de ocorrência. Para tanto, a análise estatística realizada apontou 16 diagnósticos de enfermagem (LUCENA; BARROS, 2006b; 2006c).

No entanto, sabendo-se que o mapeamento cruzado é trabalhoso, que ele exige tempo e detalhamento, selecionaram-se, dentre esses, os seis primeiros para serem utilizados nesse processo (Tabela 5).

**Tabela 5** – Seis diagnósticos de enfermagem com maior frequência de ocorrência no CTI/HCPA e seus fatores relacionados ou de risco. Porto Alegre, 2006.

Diagnósticos de enfermagem	Frequência	% Internações (n = 991)	Fatores relacionados/risco	% Internações			
Déficit no autocuidado: banho e ou higiene	972	98,1	Terapias restritivas	33,7			
			Atividade neuromuscular prejudicada	23,8			
			Evolução da doença	22,8			
			Imobilidade	19,8			
			Dor	15,6			
			Fadiga	8,3			
			Trauma	5,0			
			Confusão mental	2,6			
			Efeitos de medicamentos	0,5			
			Déficit visual	0,3			
			Risco para infecção	950	95,9	Procedimento invasivo	99,8
						Imunossupressão	1,7
						Contato com doença infectocontagiosa	1,2
Uso de medicação imunossupressora	0,7						
Tecidos traumatizados	0,6						
Permanência prolongada no hospital	0,1						
Mobilidade física prejudicada	588	59,3				Terapias restritivas	40,0
			Atividade neuromuscular prejudicada	32,8			
			Dor	23,8			
			Equipamentos externos	14,8			
			Trauma	4,8			
			Efeitos de medicamentos	1,4			
			Processos inflamatórios	0,3			
			Depressão	0,2			
Padrão respiratório ineficaz	494	49,8	Atividade neuromuscular prejudicada	37,0			
			Dor	26,3			
			Congestão	20,2			
			Processo infeccioso de vias aéreas	13,2			
			Fadiga	10,5			
			Trauma	8,3			
			Broncoespasmo	5,5			
			Secreções espessas e/ou excessivas	3,8			
			Efeitos de medicamentos	2,8			
			Ansiedade	0,8			
			Incapacidade para manter respiração espontânea	427	43,1	Atividade neuromuscular prejudicada	87,6
						Processo infeccioso de vias aéreas	16,4
Risco para prejuízo da integridade da pele	403	40,7	Broncoespasmo	3,5			
			Imobilidade	69,2			
			Fatores mecânicos	25,3			
			Estado nutricional	4,5			
			Alteração no metabolismo e/ou exigências calóricas aumentadas	3,5			
			Alteração vascular	2,2			
Extremos de idade	1,5						

A Tabela 5 aponta os seis diagnósticos de enfermagem de maior frequência de ocorrência nas internações no CTI/HCPA, com os seus fatores relacionados ou de

risco. Apesar de a escolha desse corte ter sido arbitrária, todos os seis diagnósticos apresentam percentuais de frequência acima de 40% por internação, estando presentes em pelo menos 403 internações, e se referem às necessidades básicas de cuidado corporal, oxigenação, atividade e integridade física e segurança, essenciais no cuidado da sobrevivência humana (BENEDET; BUB, 2001). Assim, considera-se que essas categorias representam as necessidades de cuidados de enfermagem mais comuns da amostra estudada.

Esses seis diagnósticos de enfermagem constituem um total de 3.834 diagnósticos realizados no CTI/HCPA, no período estudado, o que significa 56% de todos os diagnósticos de enfermagem realizados na unidade, o que reforça a relevância do estudo dos mesmos.

Durante a análise estatística, também foram identificadas 4.493 etiologias (fatores relacionados ou fatores de risco), de 29 diferentes tipos, para o número total (3.834) dos seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes (APÊNDICE A – Tabela 21). Uma média de 1,2 etiologia por diagnóstico de enfermagem realizado a cada internação ocorrida no CTI/HCPA.

Quando analisadas as diferentes 29 etiologias encontradas, verifica-se uma média de sete tipos para cada um dos seis diagnósticos examinados (APÊNDICE A – Tabelas 22 a 27). Todavia, algumas delas se repetem nos diferentes diagnósticos analisados. Por exemplo, “Dor” é fator relacionado para os diagnósticos de “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”, “Padrão respiratório ineficaz” e “Mobilidade física prejudicada”.

Esta repetição também está presente na *NANDA* (2006) em alguns casos. Entretanto, cabe lembrar que apesar de o HCPA adotar esse referencial no processo de enfermagem em sua etapa de diagnóstico e, por conseguinte, as etiologias, ele também utiliza outros referenciais. Assim, algumas vezes as etiologias descritas neste trabalho podem não constar dessa taxonomia ou apenas apresentar uma denominação similar (Tabela 6).

Ressalta-se que as etiologias aqui apontadas não serão consideradas no processo de mapeamento cruzado, já que a *NIC*, ao propor as intervenções, considera somente o diagnóstico de enfermagem. Entretanto, chama-se a atenção de que elas são fundamentais ao julgamento clínico da enfermeira, subsidiando-a na escolha da melhor intervenção e ou atividade a ser prescrita e implementada na assistência do paciente, tendo em vista um resultado esperado. O estudo de Moorhead e Delaney (1997), referência metodológica para o mapeamento cruzado nesta investigação, também não utilizou os fatores relacionados, apesar de as autoras, assim como aqui, relatarem que os tinham disponíveis no sistema examinado.

Quanto ao número de cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de maior frequência foram encontrados 22.821, correspondentes a 57,1% do total da amostra estudada, que era de 39.947. Nesses números estão computados os cuidados de enfermagem prescritos e os seus complementos, sendo que os últimos foram desconsiderados na realização do mapeamento cruzado pelos motivos já apresentados na metodologia.

Assim, para o mapeamento cruzado foram considerados 19.490 cuidados de enfermagem, 48,8% do total de prescrições realizadas no período estudado, com 149 diferentes tipos de cuidados (APÊNDICE B).

O número total de cuidados de enfermagem prescritos para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI/HCPA podem ser visualizados na Tabela 6.

**Tabela 6** - Total de cuidados de enfermagem prescritos às internações ocorridas no CTI/HCPA, considerando os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados. Porto Alegre, 2006.

Diagnósticos de enfermagem	Cuidados de enfermagem prescritos	%	Internações	Razão Cuidados/ Internações
Risco para infecção	6.328	32,5	950	6,7
Déficit no autocuidado: banho e ou higiene	4.330	22,2	972	4,5
Padrão respiratório ineficaz	2.657	13,6	494	5,4
Incapacidade para manter respiração espontânea	2.577	13,2	427	6,0
Mobilidade física prejudicada	2.153	11,0	588	3,7
Risco para prejuízo da integridade da pele	1.445	7,4	403	3,6
<b>Total</b>	<b>19.490</b>	<b>100</b>	-	-

Observa-se que o diagnóstico de enfermagem com maior número de cuidados prescritos é “Risco para infecção”, seguido pelos diagnósticos “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”, “Padrão respiratório ineficaz”, “Incapacidade para manter respiração espontânea”, “Mobilidade física prejudicada” e “Risco para prejuízo da integridade da pele”.

Entretanto, quando avaliada a razão entre o número de cuidados de enfermagem prescritos e o número de internações para cada diagnóstico, verifica-se que o diagnóstico “Risco para infecção” continua sendo aquele que mais demanda prescrições de cuidados de enfermagem, mas o segundo a demandar maior número de cuidados prescritos é “Incapacidade para manter respiração espontânea”, seguido por “Padrão respiratório ineficaz” e, somente após, “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”, “Mobilidade física prejudicada” e “Risco para prejuízo da integridade da pele”. A média é de cinco cuidados prescritos por diagnóstico de enfermagem a cada internação ocorrida.

Na seqüência, serão apresentados os diferentes cuidados de enfermagem prescritos para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI/HCPA, os quais serão mapeados de forma cruzada com a NIC.

#### **5.1.4 Cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no CTI, selecionados para o mapeamento cruzado**

Os diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no CTI/HCPA foram tabulados, com suas respectivas freqüências e percentuais (Tabelas 7 a 12).

Houve, em média 35 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para cada diagnóstico de enfermagem estudado, os quais serão objeto de estudo pelo mapeamento cruzado com a *NIC*.

Alguns cuidados de enfermagem se repetem em diferentes diagnósticos, caso de “Verificar sinais vitais”, que foi prescrito para os seis diferentes diagnósticos estudados. Isto ocorre porque, muitas vezes, diferentes diagnósticos de enfermagem requerem um mesmo tipo de cuidado, o que está previsto também na *NIC*, na medida em que as mesmas intervenções estão sugeridas para diferentes diagnósticos.

É em função dessa repetição que, para o mapeamento cruzado, haverá 212 diferentes cuidados de enfermagem, pois o processo será realizado de acordo com o prescrito para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem (Tabelas 7 a 12).

**Tabela 7** - Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos	F*	% Internação (n = 950)	% Cuidado (n = 6 328)
Implementar rotina de cuidados na punção venosa	767	80,7	12,1
Implementar rotina de cuidados com soroterapia	643	67,7	10,2
Implementar rotina para manuseio de cateter venoso central	578	60,8	9,1
Implementar rotina para troca de curativos de cateter venoso central	576	60,6	9,1
Implementar rotina de cuidados com sondagem vesical de demora	542	57,1	8,6
Realizar curativos	381	40,1	6,0
Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos	381	40,1	6,0
Observar pertuito e locais de inserção de cateteres	340	35,8	5,4
Implementar rotina de cuidados com cateter arterial	323	34,0	5,1
Explicar previamente os procedimentos	322	33,9	5,1
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em aspiração	215	22,6	3,4
Verificar sinais vitais	191	20,1	3,0
Avaliar aspecto da ferida operatória	167	17,6	2,6
Implementar rotina de cuidados com TET**	156	16,4	2,5
Implementar cuidados com dreno	151	15,9	2,4
Implementar rotina de cuidados com sonda nasoentérica	129	13,6	2,0
Observar sinais de infecção	114	12,0	1,8
Registrar aspecto da lesão	41	4,3	0,6
Promover segurança e conforto	41	4,3	0,6
Tranqüilizar o paciente	31	3,3	0,5
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em selo d'água	31	3,3	0,5
Observar condições de suturas	24	2,5	0,4
Implementar cuidados com paciente imunodeprimido	20	2,1	0,3
Implementar rotina de cuidados com NPT***	18	1,9	0,3
Orientar paciente	17	1,8	0,3
Implementar rotina de cuidados com jejunostomia	15	1,6	0,2
Implementar rotina de cuidados com traqueostomia	14	1,5	0,2
Orientar pacientes e familiares sobre prevenção de infecção	14	1,5	0,2
Implementar cuidados de rotina com colostomia /ileostomia	13	1,4	0,2
Colocar dispositivo de incontinência urinária	10	1,1	0,2
Implementar cuidados com sondagem vesical de alívio	10	1,1	0,2
Orientar a importância da higiene corporal	7	0,7	0,1
Orientar familiares sobre o cuidado	6	0,6	0,1
Implementar rotina de cuidados com gastrostomia	6	0,6	0,1
Manter precaução respiratória	5	0,5	0,1
Manter quarto individual	5	0,5	0,1
Proteger a pele para evitar rompimento	4	0,4	0,1
Orientar a família	4	0,4	0,1
Estimular o autocuidado	3	0,3	0,0
Implementar rotina de cuidados ao paciente com sonda de Blakemore	3	0,3	0,0
Supervisionar autocuidado	2	0,2	0,0

Continua...

---

			Continua...
Manter precaução entérica	2	0,2	0,0
Manter precaução cutânea	2	0,2	0,0
Implementar rotina de cuidados ao paciente submetido a fibrobroncoscopia	1	0,1	0,0
Orientar para autocuidado	1	0,1	0,0
Registrar aspecto da secreção	1	0,1	0,0
Implementar cuidados de rotina na lavagem de sonda vesical	1	0,1	0,0
<b>Total</b>	<b>6.328</b>		<b>100</b>

---

\* F = frequência

\* TET = tubo endotraqueal

\*\* NPT = nutrição parenteral total

A Tabela 7 apresenta os 47 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes internados no CTI/HCPA com o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”, sua frequência e os percentuais relacionados ao número de internações ocorridas e ao número total de cuidados prescritos para esse diagnóstico.

**Tabela 8** - Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos	F*	% Internação (n = 972)	% Cuidado (n = 4.330)
Realizar banho de leito	946	97,3	21,8
Higienizar couro cabeludo	912	93,8	21,1
Realizar higiene oral	455	46,8	10,5
Implementar rotina para tricotomia facial	442	45,5	10,2
Implementar rotina de cuidados para higiene oral	437	45,0	10,1
Auxiliar o paciente na higiene oral	224	23,0	5,2
Verificar sinais vitais	217	22,3	5,0
Realizar higiene perineal após cada evacuação	174	17,9	4,0
Realizar tricotomia facial	101	10,4	2,3
Manter períneo limpo e seco	69	7,1	1,6
Auxiliar no banho de chuveiro	66	6,8	1,5
Proporcionar privacidade durante a rotina do banho	52	5,3	1,2
Estimular higiene oral	48	4,9	1,1
Comunicar sinais de dor	39	4,0	0,9
Levar o paciente ao chuveiro	22	2,3	0,5
Estimular o autocuidado	19	2,0	0,4
Auxiliar paciente a ir ao banheiro	19	2,0	0,4
Realizar higiene corporal no chuveiro	18	1,9	0,4
Auxiliar na troca de roupas	16	1,6	0,4
Manter a campainha ao alcance do paciente	13	1,3	0,3
Pentear o cabelo	8	0,8	0,2
Estimular os cuidados de higiene	5	0,5	0,1
Auxiliar na organização do material para o banho	5	0,5	0,1
Proporcionar horário adequado para o banho	4	0,4	0,1
Supervisionar higiene oral	3	0,3	0,1
Implementar medidas para promover a micção	3	0,3	0,1
Orientar paciente	2	0,2	0,0
Medicar para dor antes dos procedimentos	2	0,2	0,0
Organizar material para banho	2	0,2	0,0
Supervisionar o cuidado corporal	2	0,2	0,0
Providenciar equipamento auxiliar para o banho	2	0,2	0,0
Hidratar a pele	1	0,1	0,0
Apoiar o paciente e a família	1	0,1	0,0
Orientar familiares sobre o cuidado	1	0,1	0,0
<b>Total</b>	<b>4.330</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

F = frequência

A Tabela 8 apresenta os 34 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes internados no CTI/HCPA com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”, sua frequência e os percentuais relacionados ao número de internações ocorridas e ao número total de cuidados prescritos para esse diagnóstico.

**Tabela 9** - Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes como diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos	F*	% Internação (n = 494)	% Cuidado (n = 2.657)
Verificar saturação de oxigênio	363	73,5	13,7
Manter cabeceira elevada	284	57,5	10,7
Implementar rotinas com oxigenioterapia - cateter nasal	267	54,0	10,0
Vigiar padrão respiratório	262	53,0	9,9
Verificar sinais vitais	181	36,6	6,8
Implementar rotinas com oxigenioterapia - ventilação mecânica	140	28,3	5,3
Vigiar sensorio	127	25,7	4,8
Comunicar alterações do padrão ventilatório	121	24,5	4,6
Aspirar secreções	114	23,1	4,3
Implementar rotina de cuidados com TET**	114	23,1	4,3
Implementar rotinas com oxigenioterapia – por máscara de Venturi	87	17,6	3,3
Implementar rotina de cuidados na aspiração de orofaringe	67	13,6	2,5
Implementar rotinas de cuidados com oxigenioterapia – óculos nasal	66	13,4	2,5
Implementar rotina de cuidados com sonda nasogástrica	60	12,1	2,3
Comunicar sinais de dor	50	10,1	1,9
Implementar rotina de cuidados com oxigenioterapia – CPAP***	41	8,3	1,5
Estimular exercícios respiratórios	32	6,5	1,2
Manter repouso absoluto	30	6,1	1,1
Observar aspecto do escarro	24	4,9	0,9
Avaliar eficácia da analgesia	24	4,9	0,9
Fluidificar secreções	21	4,3	0,8
Estimular expectoração	21	4,3	0,8
Implementar rotina de cuidados para aspiração TET e orofaringe	19	3,8	0,7
Orientar exercícios respiratórios	18	3,6	0,7
Manter repouso relativo	17	3,4	0,6
Manter vigilância constante	17	3,4	0,6
Observar padrão ventilatório e comunicar se alterações	11	2,2	0,4
Implementar rotina de cuidados na aspiração de nasofaringe	11	2,2	0,4
Avaliar alterações do nível de consciência	10	2,0	0,4
Implementar rotina de cuidados com aspiração - traqueostomia	8	1,6	0,3

Continua...

			Continua...
Implementar rotina de cuidados com traqueostomia	5	1,0	0,2
Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos	5	1,0	0,2
Implementar rotinas com oxigenioterapia – Ayre	5	1,0	0,2
Estimular a movimentação no leito	4	0,8	0,2
Umidificar os lábios com gaze úmida	4	0,8	0,2
Auxiliar paciente sentar na cadeira	3	0,6	0,1
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em aspiração	3	0,6	0,1
Proporcionar ambiente calmo e confortável	3	0,6	0,1
Proporcionar posição confortável ao paciente	3	0,6	0,1
Solicitar avaliação	3	0,6	0,1
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em selo d'água	2	0,4	0,1
Interagir com o paciente	2	0,4	0,1
Manter precaução respiratória	2	0,4	0,1
Orientar a família	1	0,2	0,0
Instilar soro fisiológico	1	0,2	0,0
Implementar rotina de cuidados de higiene ocular paciente comatoso	1	0,2	0,0
Implementar rotina de cuidados com sonda orogástrica	1	0,2	0,0
Orientar paciente	1	0,2	0,0
Tranqüilizar o paciente	1	0,2	0,0
<b>Total</b>	<b>2.657</b>	<b>–</b>	<b>100</b>

\* F = frequência

\*\* TET = tudo endotraqueal

\*\*\* CPAP = *continuous positive airway pressure*.

A Tabela 9 apresenta os 49 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes internados no CTI/HCPA com o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”, sua frequência e os percentuais relacionados ao número de internações ocorridas e ao número total de cuidados prescritos para esse diagnóstico.

**Tabela 10** - Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos	F*	% Internação (n= 427)	% Cuidado (n = 2.577)
Implementar rotinas com oxigenioterapia - ventilação mecânica	418	97,9	16,2
Verificar saturação de oxigênio	357	83,6	13,9
Implementar rotina de cuidados para aspiração TET** e orofaringe	344	80,6	13,3
Implementar rotina de cuidados com TET	335	78,5	13,0
Comunicar alterações no padrão respiratório	268	62,8	10,4
Manter cabeceira elevada	233	54,6	9,0
Verificar sinais vitais	145	34,0	5,6
Aspirar secreções	115	26,9	4,5
Observar aspecto do escarro	102	23,9	4,0
Implementar rotina de cuidados com sonda nasogástrica	86	20,1	3,3
Comunicar alterações do padrão ventilatório	49	11,5	1,9
Orientar paciente e familiares	29	6,8	1,1
Implementar rotina de cuidados com aspiração – traqueostomia	22	5,2	0,9
Implementar rotina de cuidados com traqueostomia	16	3,7	0,6
Implementar rotinas de cuidados com desmame ventilatório	13	3,0	0,5
Implementar rotinas com oxigenioterapia – Ayre	9	2,1	0,3
Implementar rotina de cuidados na aspiração de nasofaringe	7	1,6	0,3
Implementar rotina de cuidados com oxigenioterapia – CPAP***	6	1,4	0,2
Manter precaução respiratória	6	1,4	0,2
Implementar rotina de cuidados com sonda orogástrica	5	1,2	0,2
Orientar paciente	5	1,2	0,2
Estimular tosse durante a aspiração traqueal	3	0,7	0,1
Implementar rotina de oxigenioterapia por BIPAP****	2	0,5	0,1
Orientar a família	2	0,5	0,1
<b>Total</b>	<b>2.577</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

\* F = frequência

\*\* TET = tubo endotraqueal

\*\*\* CPAP = *continuous positive airway pressure*.

\*\*\*\* BIPAP = *biphasic intermitent positive airway pressure*.

A Tabela 10 apresenta os 24 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes internados no CTI/HCPA com o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”, sua frequência e os percentuais relacionados ao número de internações ocorridas e ao número total de cuidados prescritos para esse diagnóstico.

**Tabela 11** - Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos	F*	% Internação (n = 588)	% Cuidado (n = 2.153)
Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito	454	77,2	21,1
Manter colchão piramidal	330	56,1	15,3
Realizar mudança de decúbito	256	43,5	11,9
Manter cabeceira elevada	209	35,5	9,7
Proteger as proeminências ósseas	140	23,8	6,5
Verificar sinais vitais	108	18,4	5,0
Sentar paciente na cadeira	91	15,5	4,2
Auxiliar na mudança de decúbito	81	13,8	3,8
Comunicar sinais de dor	62	10,5	2,9
Estimular saída do leito	48	8,2	2,2
Manter repouso absoluto	47	8,0	2,2
Manter repouso relativo	43	7,3	2,0
Manter grades no leito	42	7,1	2,0
Auxiliar paciente sentar na cadeira	41	7,0	1,9
Estimular a movimentação no leito	32	5,4	1,5
Avaliar eficácia da analgesia	30	5,1	1,4
Auxiliar movimentos ativos	19	3,2	0,9
Estimular movimentos ativos	18	3,1	0,8
Proporcionar posição confortável ao paciente	14	2,4	0,7
Manter a campainha ao alcance do paciente	13	2,2	0,6
Promover segurança e conforto	10	1,7	0,5
Orientar paciente	8	1,4	0,4
Tranquilizar o paciente	8	1,4	0,4
Realizar movimentos passivos	7	1,2	0,3
Auxiliar na deambulação	4	0,7	0,2
Oferecer cadeira de rodas	4	0,7	0,2
Estimular a deambulação	4	0,7	0,2
Orientar a família	4	0,7	0,2
Manter pertences próximo ao paciente	4	0,7	0,2
Avaliar alterações do nível de consciência	4	0,7	0,2
Manter cabeceira em posição horizontal	4	0,7	0,2
Acompanhar durante a deambulação	4	0,7	0,2
Proporcionar ambiente calmo e confortável	3	0,5	0,1
Medicar para dor antes dos procedimentos	2	0,3	0,1
Solicitar apoio de familiar	2	0,3	0,1
Manter decúbito lateral	2	0,3	0,1
Elevar membros inferiores	1	0,2	0,0
<b>Total</b>	<b>2.153</b>	—	<b>100</b>

F = frequência

A Tabela 11 apresenta os 37 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes internados no CTI/HCPA com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”, sua frequência e os percentuais relacionados ao número de internações ocorridas e ao número total de cuidados prescritos para esse diagnóstico.

**Tabela 12** - Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos	F*	% Internação (n = 403)	% Cuidado (n = 1.445)
Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito	348	86,4	24,1
Realizar mudança de decúbito	269	66,7	18,6
Manter colchão piramidal	243	60,3	16,8
Proteger as proeminências ósseas	143	35,5	9,9
Manter cabeceira elevada	98	24,3	6,8
Implementar rotina de cuidados com eliminação urinária	83	20,6	5,7
Auxiliar na mudança de decúbito	60	14,9	4,2
Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar	44	10,9	3,0
Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas	33	8,2	2,3
Verificar sinais vitais	30	7,4	2,1
Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão	25	6,2	1,7
Inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	20	5,0	1,4
Proteger a pele para evitar rompimento	19	4,7	1,3
Manter períneo limpo e seco	10	2,5	0,7
Estimular a movimentação no leito	8	2,0	0,6
Hidratar a pele	4	1,0	0,3
Usar travesseiros sob a pelve para alívio da pressão nos flancos	4	1,0	0,3
Realizar rodízio para medicação	1	0,2	0,1
Realizar movimentos passivos	1	0,2	0,1
Oferecer hidratante para a pele	1	0,2	0,1
Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos	1	0,2	0,1
<b>Total</b>	<b>1.445</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

F = frequência

A Tabela 12 apresenta os 21 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes internados no CTI/HCPA com o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”, sua frequência e os percentuais relacionados ao número de internações ocorridas e ao número total de cuidados prescritos para esse diagnóstico.

De posse desses resultados, iniciou-se o mapeamento cruzado com a *NIC*, para maior conhecimento da realidade estudada.

## **5.2 Segunda fase do estudo: o mapeamento cruzado**

Nessa fase da investigação, cada cuidado de enfermagem prescrito para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem de maior frequência no CTI/HCPA foi comparado às intervenções/atividades propostas pela *NIC*, por meio do mapeamento cruzado.

Os resultados desse processo são apresentados em quadros organizados de modo que, em primeiro lugar, aparecem os cuidados de enfermagem prescritos mapeados nas intervenções prioritárias ao diagnóstico de enfermagem selecionado, seguidos pelas sugeridas, pelas adicionais optativas, pelas intervenções não ligadas ao diagnóstico de enfermagem em estudo e, por último, pelos casos em que o mapeamento não foi possível.

Inicialmente, apresenta-se o mapeamento cruzado tomando como referência o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”, devido ao fato de o estudo piloto ter sido realizado com esse diagnóstico e, também, por ser ele o que apresentou maior número de cuidados prescritos nesta investigação. Na sequência, seguem-se os mapeamentos cruzados entre os cuidados prescritos e a *NIC*, para os diagnósticos de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”, “Padrão respiratório ineficaz”, “Incapacidade para manter respiração espontânea”, “Mobilidade física prejudicada” e “Risco para prejuízo da integridade da pele”.

### 5.2.1 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Risco para infecção” e a NIC

Os Quadros 2 e 3 apresentam os resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes internados no CTI/HCPA com diagnóstico “Risco para infecção” e as intervenções e atividades da NIC (LUCENA; BARROS 2004b).

<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS - NIC</b>		
<b>Cuidado de enfermagem prescrito/HCPA</b>	<b>Intervenção NIC</b>	<b>Atividade NIC</b>
Implementar rotina para manuseio de cateter venoso central	Controle de infecção	Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas IV
Implementar rotina para troca de curativos de cateter venoso central	Controle de infecção	Trocar acessos centrais e periféricos IV e os curativos, conforme as orientações atuais do CDC
Manter precaução entérica	Controle de infecção	Colocar sob precauções designadas, quando adequado
Manter precaução cutânea	Controle de Infecção	Colocar sob precauções designadas, quando adequado
Manter precaução respiratória	Controle de infecção	Colocar sob precauções designadas, quando adequado
Observar pertuito e locais de inserção de cateteres	Controle de infecção	Não mapeada
Manter quarto individual	* Controle de infecção  * Proteção contra infecção	Isolar pessoas expostas à doença comunicável  Oferecer quarto particular, conforme a necessidade
Implementar rotina de cuidados com NPT*	Controle de infecção  ** Administração de NPT*	Não mapeado  Não mapeado
Implementar cuidados com sondagem vesical de alívio	Controle de infecção  ** Cuidados na retenção urinária	Não mapeado  Implementar cateterização intermitente, quando adequado
Observar sinais de infecção	Proteção contra infecção	Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção
Orientar pacientes e familiares sobre prevenção de infecção	Proteção contra infecção	Ensinar ao paciente e aos familiares a forma de evitar infecções
Implementar cuidados com paciente imunodeprimido	Proteção contra infecção	Seguir as precauções neutropênicas, quando adequado Continua...

<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES SUGERIDAS - NIC</b>			Continua...
Registrar aspecto da lesão	Cuidados com lesões	Comparar e registrar regularmente toda mudança na lesão	
Implementar rotina de cuidados na punção venosa	Cuidados com lesões  ** Inserção endovenosa	Administrar cuidados ao acesso IV, quando adequado  Não mapeado	
Realizar curativos	Cuidados com lesões  *** Cuidados com local da incisão	Fazer curativo com gaze com a malha adequada, conforme necessidade  Mudar o curativo a intervalos apropriados	
Avaliar aspecto da ferida operatória	Cuidados com lesões  *** Cuidados com local da incisão	Observar as características da lesão  Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão	
Orientar a importância da higiene corporal	Banho	Não mapeado	
Proteger a pele para evitar rompimento	Supervisão da pele	Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações, conforme necessidade	
Implementar rotina de cuidados com soroterapia	Controle de líquidos/eletrólitos  ** Terapia endovenosa	Não mapeado  Não mapeado	
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES ADICIONAIS OPTATIVAS - NIC</b>			
Implementar cuidados com dreno	Cuidados com sondas e drenos	Não mapeado	
Implementar rotina de cuidados com sondagem vesical de demora	Cuidados com sondas e drenos: bexiga	Não mapeado	
Implementar cuidados de rotina na lavagem de sonda vesical	Cuidados com sondas e drenos: bexiga	Irigar o sistema de cateter urinário, usando técnica esterilizada, quando adequado	
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em aspiração	Cuidados com sondas e drenos: tórax	Não mapeado	
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em selo d'água	Cuidados com sondas e drenos: tórax	Não mapeado	
Implementar rotina de cuidados com sonda nasoentérica	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal	Não mapeado	
Implementar rotina de cuidados com jejunostomia	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal	Não mapeado	
Implementar rotina de cuidados com gastrostomia	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal	Não mapeado	
Observar condições de suturas	Cuidados com local da incisão	Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão	
Verificar sinais vitais	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando apropriado	Continua...

Orientar paciente	<p>Ensino: processo de doença</p> <p>**** Ensino: procedimento/tratamento</p> <p>**** Orientação antecipada</p>	<p>Continua...</p> <p>Orientar o paciente sobre as medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença, quando adequado</p> <p>Ou</p> <p>Orientar o paciente sobre as medidas de controle/minimização de sintomas, quando adequado</p> <p>Orientar o paciente sobre formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento, quando adequado</p> <p>Não mapeado</p>
Orientar familiares sobre o cuidado	<p>Ensino: processo de doença</p> <p>**** Ensino: procedimento/tratamento</p> <p>**** Orientação antecipada</p> <p>**** Suporte à família</p>	<p>Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, quando adequado</p> <p>Incluir a família e as pessoas significativas, quando adequado</p> <p>Incluir a família/pessoas significativas, conforme apropriado</p> <p>Auxiliar a família a adquirir os conhecimentos, as habilidades e o equipamento necessários para manter sua decisão sobre os cuidados do paciente</p>
Orientar a família	<p>Ensino: processo de doença</p> <p>**** Ensino: procedimento/tratamento</p> <p>**** Orientação antecipada</p> <p>**** Suporte à família</p>	<p>Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, quando adequado</p> <p>Incluir a família e as pessoas significativas, quando adequado</p> <p>Incluir a família/pessoas significativas, conforme apropriado</p> <p>Não mapeado</p>
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO - NIC</b>		
Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos	Administração de medicamentos	Não mapeado
Implementar rotina de cuidados com TET**	Controle de vias aéreas artificiais	Não mapeado
Implementar rotina de cuidados	Controle de vias aéreas	Não mapeado Continua..

com traqueostomia	artificiais	Continua....
Promover segurança e conforto	Aumento da segurança	Não mapeado
Tranqüilizar o paciente	***** Redução da ansiedade	Usar uma abordagem calma e segura
	***** Suporte emocional	Não mapeado
Explicar previamente os procedimentos	***** Ensino: procedimento/tratamento	Explicar procedimento/tratamento
	***** Redução da ansiedade	Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que provavelmente o paciente terá durante o procedimento.
Implementar cuidados de rotina com colostomia / ileostomia	Cuidados com ostomias	Não mapeado
Colocar dispositivo de incontinência urinária	Cuidados na incontinência urinária	Não mapeado
Estimular o autocuidado	Assistência no autocuidado	Encorajar o paciente a realizar atividades normais da vida diária, conforme o seu nível de capacidade
Orientar para autocuidado	Assistência no autocuidado	Não mapeado
Supervisionar autocuidado	Assistência no autocuidado	Monitorar a capacidade do paciente para o autocuidado independente
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA NÃO MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES NIC</b>		
Implementar rotina de cuidados ao paciente submetido a fibrobroncoscopia	Não mapeada	Não mapeado
Implementar rotina de cuidados com cateter arterial	Não mapeada	Não mapeado
Registrar aspecto da secreção	Não mapeada	Não mapeado

**Quadro 2** – Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção” e as intervenções/atividades da NIC. Porto Alegre, 2006.

\* NPT = nutrição parenteral total

\*\*TET = tubo endotraqueal.

- \* Mapeamento em mais de uma intervenção prioritária para o diagnóstico “Risco para infecção”.
- \*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da prioritária ou sugerida, estando esta entre as intervenções não ligadas ao diagnóstico “Risco para Infecção”.
- \*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da sugerida, estando esta entre as intervenções adicionais optativas para o diagnóstico “Risco para infecção”.
- \*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da adicional optativa, estando esta entre as intervenções não ligadas ao diagnóstico “Risco para infecção”.
- \*\*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção não ligada ao diagnóstico “Risco para infecção”.

<b>INTERVENÇÕES NIC (28)</b>	
<b>PRIORITÁRIAS (2)</b>	* Controle de infecção
	Proteção contra infecção
<b>SUGERIDAS (4)</b>	Banho
	Cuidados com lesões
	Supervisão da pele
	Controle de líquidos/eletrolitos
<b>ADICIONAIS OPTATIVAS (7)</b>	Cuidados com local da incisão
	Cuidados com sondas e drenos
	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal
	Cuidados com sondas e drenos: tórax
	Cuidados com sondas e drenos: bexiga
	Ensino: processo de doença
	Monitorização de sinais vitais
<b>NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO (15)</b>	Administração de medicamentos
	Administração de NPT
	Assistência no autocuidado
	Aumento da segurança
	Controle de vias aéreas artificiais
	Cuidados com ostomias
	Cuidados na incontinência urinária
	Cuidados na retenção urinária
	Ensino: procedimento/tratamento
	Inserção endovenosa
	Orientação antecipada
	Redução da ansiedade
	Suporte emocional
	Suporte à família
Terapia endovenosa	

**Quadro 3** - Intervenções *NIC* utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”. Porto Alegre, 2006.

\* Intervenção *NIC* mais frequentemente usada no mapeamento cruzado.

Para o mapeamento cruzado dos 47 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com diagnóstico de “Risco para infecção”, foram utilizadas 28 diferentes intervenções da *NIC*, assim distribuídas: duas prioritárias, quatro sugeridas, sete adicionais optativas e 15 intervenções não ligadas ao diagnóstico de enfermagem analisado (Quadro 2; Quadro 3; Tabela 13).

Os dados apontam que, entre os 47 diferentes cuidados de enfermagem, em 44 (93,6%) houve similaridade entre o prescrito no CTI/HCPA e as

intervenções/atividades *NIC*. Portanto, em apenas três casos (6,4%) o mapeamento não foi possível (Quadro 2).

Entre os 44 cuidados prescritos mapeados, 12 (25,5%) foram mapeados em duas das três intervenções listadas como prioritárias ao diagnóstico, ou seja, “Controle de infecção” e “Proteção contra infecção”, corroborando a sua prioridade e, ao mesmo tempo, a adequação das prescrições analisadas. Dos demais, 7 (14,9%) foram mapeados nas intervenções sugeridas, 14 (29,8%) nas intervenções adicionais optativas e 11 (23,4%) em outras intervenções não ligadas pela *NIC* ao diagnóstico em questão (Tabela 14).

Esses percentuais foram calculados considerando-se a primeira opção de mapeamento, já que em 11 situações (23,4%) o cuidado prescrito foi mapeado em mais de uma intervenção da *NIC*. Nesses últimos casos, algumas vezes o mapeamento também ocorreu na atividade, e em outras vezes não.

Houve também 19 (40,4%) cuidados de enfermagem prescritos que foram mapeados apenas nas intervenções *NIC*, 25 (53,1%) nas intervenções e nas atividades e apenas 3 (6,4%) não mapeados.

### **5.2.2 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene” e a *NIC***

O resultado do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes internados no CTI/HCPA com diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene” e as intervenções e atividades da *NIC* é apresentado nos Quadros 4 e 5.

<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS - NIC</b>		
<b>Prescrições de cuidados de enfermagem/HCPA</b>	<b>Intervenção NIC</b>	<b>Atividade NIC</b>
Realizar banho de leito	Banho	Auxiliar com cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou banho de assento, conforme apropriado ou desejado Ou Banhar o paciente em água com temperatura confortável
Realizar higiene corporal no chuveiro	Banho	Auxiliar com cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou banho de assento, conforme apropriado ou desejado Ou Banhar o paciente em água com temperatura confortável
Realizar tricotomia facial	Banho	Barbear o paciente, conforme indicado
Implementar rotina para tricotomia facial	Banho	Barbear o paciente, conforme indicado
Auxiliar no banho de chuveiro	* Banho  * Assistência no autocuidado: banho/higiene	Auxiliar com cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou banho de assento, conforme apropriado ou desejado  Facilitar ao paciente o próprio banho, quando adequado
Levar o paciente ao chuveiro	* Banho  * Assistência no autocuidado: banho/higiene	Auxiliar com cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou banho de assento, conforme apropriado ou desejado  Facilitar ao paciente o próprio banho, quando adequado
Providenciar equipamento auxiliar para o banho	* Banho  * Assistência no autocuidado: banho/higiene	Auxiliar com cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou banho de assento, conforme apropriado ou desejado  Colocar toalhas, sabonete, equipamento de barba e outros acessórios na cabeceira da cama/banheiro Ou Providenciar os artigos pessoais desejados (por ex., desodorante, escova de dentes e sabonetes)
Organizar material para banho	* Banho	Auxiliar com cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou banho de assento, conforme apropriado ou desejado

Continua...

	* Assistência no autocuidado: banho/higiene	Continua... Colocar toalhas, sabonete, equipamento de barba e outros acessórios na cabeceira da cama/banheiro Ou Providenciar os artigos pessoais desejados (por ex., desodorante, escova de dentes e sabonetes)
Auxiliar na organização do material para o banho	* Banho  * Assistência no autocuidado: banho/higiene	Auxiliar com cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou banho de assento, conforme apropriado ou desejado  Colocar toalhas, sabonete, equipamento de barba e outros acessórios na cabeceira da cama/banheiro Ou Providenciar os artigos pessoais desejados (por ex., desodorante, escova de dentes e sabonetes)
Proporcionar privacidade durante a rotina do banho	* Banho  * Assistência no autocuidado: banho/higiene	Não mapeado  Não mapeado
Proporcionar horário adequado para o banho	* Banho  * Assistência no autocuidado: banho/higiene	Não mapeado  Não mapeado
Estimular os cuidados de higiene	* Banho  * Assistência no autocuidado: banho/higiene	Não mapeado  Não mapeado
Higienizar couro cabeludo	Banho  ** Cuidados com os cabelos	Lavar o cabelo, conforme necessário ou desejado  Lavar os cabelos, conforme a necessidade e o desejo
Implementar rotina de cuidados para higiene oral	Assistência no autocuidado: banho/higiene  ** Manutenção da saúde oral	Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, quando adequado  Estabelecer uma rotina de cuidado oral
Auxiliar o paciente na higiene oral	Assistência no autocuidado: banho/higiene  ** Manutenção da saúde oral	Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, quando adequado  Facilitar a escovação dos dentes e o uso de fio dental a intervalos frequentes Ou Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições na medida da necessidade
		Continua...

Manter períneo limpo e seco	Banho ** Cuidados com o períneo	Continua... Auxiliar, conforme necessidade, nos cuidados com o períneo Manter o períneo seco
Realizar higiene perineal após cada evacuação	Banho ** Cuidados com o períneo *** Assistência no autocuidado: higiene íntima	Auxiliar, conforme necessidade, nos cuidados com o períneo Manter o períneo seco Facilitar a higiene íntima, após o término da eliminação
Hidratar a pele	Banho	Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele
Supervisionar o cuidado corporal	Assistência no autocuidado: banho/higiene *** Supervisão	Não mapeado Monitorar a capacidade do paciente para o autocuidado
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES SUGERIDAS NIC</b>		
Pentear o cabelo	Cuidados com os cabelos	Escovar/pentear os cabelos diariamente ou com maior frequência, conforme a necessidade
Realizar higiene oral	Manutenção da saúde oral	Estabelecer uma rotina de cuidado oral
Estimular higiene oral	Manutenção da saúde oral	Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições na medida da necessidade
Supervisionar higiene oral	Manutenção da saúde oral	Não mapeado
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES ADICIONAIS OPTATIVAS - NIC</b>		
Estimular o autocuidado	Assistência no autocuidado	Encorajar o paciente a realizar atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade
Auxiliar na troca de roupas	Assistência no autocuidado	Monitorar a necessidade do paciente de recursos de adaptação para higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, fazer a higiene íntima e alimentar-se
Apoiar o paciente e a família	Suporte emocional *** Suporte à família	Não mapeado Não mapeado
Manter a campainha ao alcance do paciente	Posicionamento *** Cuidado com o repouso no leito	Colocar luz de chamada ao alcance Colocar a campainha ao alcance
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO - NIC</b>		
Auxiliar paciente a ir ao banheiro	Assistência no autocuidado: higiene íntima	Auxiliar o paciente a usar o vaso sanitário, cadeira higiênica, comadre, urinol, a intervalos específicos Continua...

		Continua...
Implementar medidas para promover a micção	Cuidados na retenção urinária	Não mapeado
Orientar paciente	**** Ensino: processo de doença  **** Ensino: procedimento/tratamento  **** Orientação antecipada	Orientar o paciente sobre as medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença, quando adequado Ou Orientar o paciente sobre as medidas de controle/minimização de sintomas, quando adequado  Orientar o paciente sobre formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento, quando adequado  Não mapeado
Orientar familiares sobre o cuidado	**** Ensino: processo de doença  **** Ensino: procedimento/tratamento  **** Orientação antecipada  **** Suporte à família	Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, quando adequado  Incluir a família e as pessoas significativas, quando adequado  Incluir família/pessoas significativas, conforme apropriado  Não mapeado
Medicar para dor antes dos procedimentos	Controle da dor	Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia Ou Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação
Comunicar sinais de dor	Controle da dor	Não mapeado
Verificar sinais vitais	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando apropriado

**Quadro 4** – Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene” e as intervenções/atividades da *NIC*. Porto Alegre, 2006.

- \* Mapeamento em mais de uma intervenção prioritária para o diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”.
- \*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da prioritária, estando esta entre as intervenções sugeridas para o diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”.
- \*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da prioritária ou adicional optativa, estando esta entre as intervenções não ligadas ao diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”.
- \*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção não ligada ao diagnóstico de “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”.

INTERVENÇÕES NIC (18)	
PRIORITÁRIAS (2)	Assistência no autocuidado: banho/higiene
	* Banho
SUGERIDAS (3)	Cuidados com os cabelos
	Cuidados com o períneo
	Manutenção da saúde oral
ADICIONAIS OPTATIVAS (3)	Assistência no autocuidado
	Suporte emocional
	Posicionamento
NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO (10)	Assistência no autocuidado: higiene íntima
	Controle da dor
	Cuidado com o repouso no leito
	Cuidados na retenção urinária
	Ensino: processo de doença
	Ensino: procedimento/tratamento
	Monitorização de sinais vitais
	Orientação antecipada
	Supervisão
	Suporte à família

**Quadro 5** – Intervenções *NIC* utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. Porto Alegre, 2006.

\* Intervenção *NIC* mais frequentemente usada no mapeamento cruzado.

O mapeamento cruzado dos 34 diferentes cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes com diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene” ocorreu em 18 diferentes intervenções *NIC*: duas prioritárias, três sugeridas, três adicionais optativas e dez intervenções não ligadas ao diagnóstico de enfermagem avaliado (Quadro 4; Quadro 5; Tabela 13). Conforme os dados, verifica-se que o mapeamento cruzado ocorreu em 100% dos casos (Quadro 4).

Dos 34 cuidados de enfermagem com mapeamento na *NIC*, 19 (55,9%) tiveram o mapeamento nas duas intervenções prioritárias ao diagnóstico, ou seja, “Banho” e “Assistência no autocuidado: banho/higiene”, o que demonstra a sua importância, que aqui é corroborada pelas prescrições avaliadas. Quanto aos demais cuidados, 4 (11,8%) foram mapeados nas intervenções sugeridas, 4 (11,8%), nas intervenções adicionais optativas e 7 (20,5%) em outras intervenções não ligadas pela *NIC* ao diagnóstico em questão (Tabela 14). Esses percentuais foram calculados

considerando-se a primeira opção de mapeamento, já que em 18 casos (52,9%) o cuidado prescrito pôde ser mapeado em mais de uma intervenção da *NIC*.

Resumindo, pode-se dizer que seis cuidados de enfermagem prescritos foram mapeados apenas nas intervenções e 28, nas intervenções e nas atividades. Três dos casos em que o mapeamento ocorreu em mais de uma intervenção ora tiveram mapeamento também na atividade, ora não.

### 5.2.3 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” e a *NIC*

O mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes internados no CTI/HCPA com diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” e as intervenções e atividades da *NIC* encontram-se apresentados nos Quadros 6 e 7 (LUCENA; BARROS, 2006a).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS - <i>NIC</i>		
Cuidado de enfermagem prescrito/HCPA	Intervenção <i>NIC</i>	Atividade <i>NIC</i>
Verificar saturação de oxigênio	Monitorização respiratória	Observar mudanças na SaO <sub>2</sub> e SvO <sub>2</sub> , CO <sub>2</sub> expirado, e mudanças nos valores da gasometria arterial, conforme apropriado
Vigiar padrão respiratório	* Monitorização respiratória  * Controle de vias aéreas  ** Assistência ventilatória	Monitorizar padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação, respiração de Kussmaul, de Cheyne-Stokes, apnêustica, de Biot e padrões atáxicos Ou Monitorar a frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações  Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado  Monitorar o estado respiratório e a oxigenação Continua...

Observar padrão ventilatório e comunicar se alterações	<p>* Monitorização respiratória</p> <p>* Controle de vias aéreas</p> <p>** Assistência ventilatória</p>	<p style="text-align: right;">Continua...</p> <p>Monitorizar padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação, respiração de Kussmaul, de Cheyne-Stokes, apnéustica, de Biot e padrões atáxicos</p> <p>Ou</p> <p>Monitorar a frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações</p> <p>Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado</p> <p>Monitorar o estado respiratório e a oxigenação</p>
Comunicar alterações do padrão ventilatório	<p>* Monitorização respiratória</p> <p>* Controle de vias aéreas</p> <p>** Assistência ventilatória</p>	<p>Monitorizar padrões respiratórios: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação, respiração de Kussmaul, de Cheyne-Stokes, apnéustica, de Biot e padrões atáxicos</p> <p>Ou</p> <p>Monitorar a frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações</p> <p>Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado</p> <p>Monitorar o estado respiratório e a oxigenação</p>
Observar aspecto do escarro	<p>Monitorização respiratória</p> <p>** Fisioterapia respiratória</p> <p>** Aspiração de vias aéreas</p>	<p>Monitorizar secreções respiratórias do paciente</p> <p>Monitorar a quantidade e o tipo de expectoração</p> <p>Observar o tipo e a quantidade de secreções obtidas</p>
Vigiar sensório	<p>Monitorização respiratória</p> <p>** Monitorização neurológica</p>	<p>Monitorar aumento da agitação, ansiedade, falta de ar</p> <p>Monitorar o nível de consciência</p>
Aspirar secreções	<p>Controle de vias aéreas</p> <p>** Aspiração de vias aéreas</p>	<p>Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado</p> <p>Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal</p> <p style="text-align: right;">Continua...</p>

Implementar rotina de cuidados na aspiração de orofaringe	Controle de vias aéreas  ** Aspiração de vias aéreas	Continua... Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme adequado Não mapeada
Implementar rotina de cuidados na aspiração de nasofaringe	Controle de vias aéreas  ** Aspiração de vias aéreas	Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme adequado  Não mapeado
Estimular exercícios respiratórios	Controle de vias aéreas  ** Fisioterapia respiratória	Realizar fisioterapia do tórax, conforme adequado  Não mapeado
Estimular expectoração	Controle de vias aéreas  ** Fisioterapia respiratória	Realizar fisioterapia do tórax, conforme adequado  Não mapeado
Orientar exercícios respiratórios	Controle de vias aéreas  ** Fisioterapia respiratória	Realizar fisioterapia do tórax, conforme adequado  Não mapeado
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES SUGERIDAS - NIC</b>		
Implementar rotinas com oxigenioterapia - cateter nasal	*** Oxigenoterapia  *** Assistência ventilatória	Administrar oxigênio suplementar, conforme ordenado  Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrito
Implementar rotinas de cuidados com oxigenioterapia - óculos nasal	*** Oxigenoterapia  *** Assistência ventilatória	Administrar oxigênio suplementar conforme ordenado  Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrito
Implementar rotinas com oxigenioterapia - Ayre	*** Oxigenoterapia  *** Assistência ventilatória	Administrar oxigênio suplementar, conforme ordenado  Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrito
Implementar rotinas com oxigenioterapia - por máscara de Venturi	*** Oxigenoterapia  *** Assistência ventilatória	Administrar oxigênio suplementar conforme ordenado  Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrito
Implementar rotina de cuidados com oxigenioterapia – CPAP*	*** Oxigenoterapia  *** Assistência ventilatória	Administrar oxigênio suplementar conforme ordenado  Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrito
Implementar rotinas com oxigenioterapia - ventilação mecânica	Ventilação mecânica	Não mapeado
Verificar sinais vitais	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando apropriado Continua...

Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos	Redução da ansiedade  **** Suporte emocional	Continua... Encorajar a verbalização dos sentimentos, percepções e medos  Discutir com o paciente a(s) experiência(s), emocional(is)
Tranqüilizar o paciente	Redução da ansiedade  **** Suporte emocional	Usar uma abordagem calma e segura  Não mapeado
Proporcionar ambiente calmo e confortável	Redução da ansiedade  ***** Controle do ambiente: conforto	Não mapeado  Não mapeado
Manter vigilância constante	Supervisão	Não mapeado
Solicitar avaliação	Supervisão	Não mapeado
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES ADICIONAIS OPTATIVAS - NIC</b>		
Implementar rotina de cuidados com TET**	Controle de vias aéreas artificiais	Não mapeado
Implementar rotina de cuidados com traqueostomia	Controle de vias aéreas artificiais	Não mapeado
Implementar rotina de cuidados com aspiração - traqueostomia	***** Controle de vias aéreas artificiais  ***** Aspiração de vias aéreas	Não mapeado  Não mapeado
Implementar rotina de cuidados para aspiração TET** e orofaringe	***** Controle de vias aéreas artificiais  ***** Aspiração de vias aéreas	Não mapeado  Não mapeado
Fluidificar secreções	Aspiração de vias aéreas	Não mapeado
Instilar soro fisiológico	Aspiração de vias aéreas	Não mapeado
Comunicar sinais de dor	Controle da dor	Não mapeado
Avaliar eficácia da analgesia	Controle da dor	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor
Manter cabeça elevada	Posicionamento	Elevar a cabeça da cama, quando adequado
Auxiliar paciente sentar na cadeira	Posicionamento	Não mapeado
Proporcionar posição confortável ao paciente	Posicionamento  ***** Controle do ambiente: conforto	Colocar na posição terapêutica designada  Posicionar o paciente para facilitar o conforto (por ex., usar os princípios de alinhamento corporal, apoiar com travesseiros, apoiar as articulações durante os movimentos, usar curativos sobre incisões e imobilizar a parte dolorida do corpo)
		Continua...

Estimular a movimentação no leito	Posicionamento  ***** Cuidados com repouso no leito	Continua... Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado Ou Encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição, quando adequado  Ensinar exercícios na cama, conforme apropriado
Avaliar alterações do nível de consciência	Monitorização neurológica	Monitorar o nível de consciência
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em selo d'água	Cuidados com sondas e drenos: tórax	Não mapeado
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em aspiração	Cuidados com sondas e drenos: tórax	Não mapeado
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO - NIC</b>		
Implementar rotina de cuidados com sonda nasogástrica	Cuidados com sondas e drenos: gastrintestinal	Não mapeado
Implementar rotina de cuidados com sonda orogástrica	Cuidados com sondas e drenos: gastrintestinal	Não mapeado
Manter repouso absoluto	Cuidado com o repouso no leito	Não mapeado
Manter repouso relativo	Cuidado com o repouso no leito	Não mapeado
Orientar paciente	***** Ensino: processo de doença  ***** Ensino: procedimento/tratamento  ***** Orientação antecipada	Orientar o paciente sobre as medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença, quando adequado Ou Orientar o paciente sobre as medidas de controle/minimização de sintomas, quando adequado  Orientar o paciente sobre formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento, quando adequado  Não mapeado
Orientar a família	***** Ensino: processo de doença  ***** Ensino: procedimento/tratamento	Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, quando adequado  Incluir a família e as pessoas significativas, quando adequado  Continua...

	***** Orientação antecipada	Incluir família/pessoas significativas, conforme apropriado
	***** Suporte à família	Não mapeado
Manter precaução respiratória	Controle de infecção	Colocar sob precauções designadas, quando adequado
Implementar rotina de cuidados de higiene ocular paciente comatoso	Cuidados com os olhos	Não mapeado
<b>CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESCRITO NO CTI/HCPA NÃO MAPEADO NAS INTERVENÇÕES NIC</b>		
Interagir com o paciente	Não mapeado	Não mapeado
Umidificar os lábios com gaze úmida	Não mapeado	Não mapeado

**Quadro 6** – Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz” e as intervenções/atividades da NIC. Porto Alegre, 2006.

\* CPAP = *continuous positive airway pressure*.

\*\* TET = tubo endotraqueal.

- \* Mapeamento em mais de uma intervenção prioritária para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”.
- \*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da prioritária, estando esta entre as intervenções sugeridas ou adicionais optativas para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”.
- \*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção sugerida para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”.
- \*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da sugerida, estando esta entre as intervenções adicionais optativas para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”.
- \*\*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da sugerida ou adicional optativa, estando esta entre as intervenções não ligadas ao diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”.
- \*\*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção adicional optativa para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”.
- \*\*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção não ligada ao diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”.

INTERVENÇÕES NIC (25)	
PRIORITÁRIAS (2)	* Controle de vias aéreas
	Monitorização respiratória
SUGERIDAS (6)	Assistência ventilatória
	Monitorização de sinais vitais
	Oxigenoterapia
	Redução da ansiedade
	Supervisão
	Ventilação mecânica
ADICIONAIS OPTATIVAS (8)	Aspiração de vias aéreas
	Controle da dor
	Controle de vias aéreas artificiais
	Cuidados com sondas e drenos: tórax
	Fisioterapia respiratória
	Monitorização neurológica
	Posicionamento
	Suporte emocional
NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO (9)	Controle de infecção
	Controle do ambiente: conforto
	Cuidado com o repouso no leito
	Cuidados com os olhos
	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal
	Ensino: procedimento/tratamento
	Ensino: processo de doença
	Orientação antecipada
	Suporte à família

**Quadro 7** – Intervenções NIC utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”. Porto Alegre, 2006.

\* Intervenção NIC mais frequentemente usada no mapeamento cruzado.

O mapeamento cruzado entre os 49 cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com diagnóstico de “Padrão respiratório ineficaz” e as intervenções da NIC foi possível em 47 casos (96%), considerando-se que, algumas vezes, ele ocorreu nas intervenções e nas atividades e, em outras, somente nas intervenções. Em apenas dois casos (4%) o mapeamento não aconteceu (Quadro 6; Tabela 14).

Para o mapeamento, foram utilizados 25 diferentes intervenções da NIC: duas prioritárias, seis sugeridas, oito adicionais optativas e nove intervenções não ligadas ao diagnóstico de “Padrão respiratório ineficaz” (Quadro 7; Tabela 13).

Dos 49 cuidados de enfermagem prescritos, 12 (24,5%) foram mapeados nas duas intervenções prioritárias ao diagnóstico, ou seja, “Controle de vias aéreas” e “Monitorização respiratória”, o que equivale a dizer que aproximadamente um quarto dos cuidados analisados teve correspondência nessas intervenções, confirmando a sua importância e a adequação do que foi prescrito. Entre os demais, 12 (24,5%) foram mapeados nas intervenções sugeridas, 15 (30,6%) nas intervenções adicionais optativas e 8 (16,3%) em outras intervenções não ligadas pela *NIC* ao diagnóstico em questão. Apenas 2 (4,1%) cuidados prescritos não foram mapeados (Tabela 14).

O cálculo desses percentuais considerou a primeira escolha do mapeamento entre o cuidado prescrito e a intervenção *NIC*, já que em 25 casos (51%) o mapeamento ocorreu em mais de uma intervenção da *NIC*. Nesses 25 casos, observou-se que em apenas três o mapeamento ocorreu somente nas intervenções, em 14 o mapeamento se deu nas intervenções e atividades e em oito ele ocorreu ora na intervenção e na atividade e ora somente na intervenção da *NIC*.

Em outros 22 casos (44,9%), o mapeamento ocorreu numa única intervenção, tendo 16 deles sido mapeados somente na intervenção e 6 na intervenção e na atividade.

Assim, considera-se que, de modo geral, em 19 casos (39%) o mapeamento ocorreu somente nas intervenções e em 28 (57%) ele ocorreu nas intervenções e atividades da *NIC*.

**5.2.4 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” e a NIC**

Os Quadros 8 e 9 apresentam o resultado do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes internados no CTI/HCPA com diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” e as intervenções e atividades da NIC.

<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS - NIC</b>		
<b>Prescrições de cuidados de enfermagem/HCPA</b>	<b>Intervenção NIC</b>	<b>Atividade NIC</b>
Comunicar alterações do padrão ventilatório	* Monitorização respiratória  *Assistência ventilatória  ** Controle de vias aéreas	Monitorizar padrão respiratório: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação, respiração de Kussmaul, de Cheyne-Stocks, apnêustica, de Biot, e padrões atáxicos Ou Monitorar a frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações  Monitorar o estado respiratório e a oxigenação  Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado
Comunicar alterações no padrão respiratório	* Monitorização respiratória  * Assistência ventilatória	Monitorizar padrão respiratório: bradipnéia, taquipnéia, hiperventilação, respiração de Kussmaul, de Cheyne-Stocks, apnêustica, de Biot, e padrões atáxicos Ou Monitorar a frequência , ritmo, profundidade e esforço das respirações  Monitorar o estado respiratório e a oxigenação

Continua...

	** Controle de vias aéreas	Continua... Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado
Verificar saturação de oxigênio	Monitorização respiratória	Observar mudanças na SaO <sub>2</sub> , CO <sub>2</sub> expirado, e mudanças nos valores de gasometria arterial, conforme apropriado.
Observar aspecto do escarro	* Monitorização respiratória  ** Aspiração de vias aéreas  ** Fisioterapia respiratória	Monitorizar secreções respiratórias do paciente  Observar o tipo e a quantidade de secreções obtidas  Monitorizar a quantidade e o tipo de expectoração
Implementar rotina de cuidados com traqueostomia	Controle de vias aéreas artificiais	Não mapeada
Implementar rotina de cuidados com TET*	Controle de vias aéreas artificiais	Não mapeada
Implementar rotina de cuidados para aspiração TET* e orofaringe	Controle de vias aéreas artificiais  ** Aspiração de vias aéreas	Instituir aspiração endotraqueal, quando apropriado  Não mapeada
Implementar rotina de cuidados com aspiração – traqueostomia	Controle de vias aéreas artificiais  ** Aspiração de vias aéreas	Instituir aspiração endotraqueal, quando apropriado  Não mapeada
Implementar rotinas com oxigenioterapia - ventilação mecânica	Ventilação mecânica	Não mapeada
Implementar rotinas com oxigenioterapia – Ayre	Assistência ventilatória  ** Oxigenoterapia	Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrito  Administrar oxigênio suplementar, conforme ordenado
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES SUGERIDAS - NIC</b>		
Verificar sinais vitais	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando adequado
Aspirar secreções	*** Aspiração de vias aéreas  *** Controle de vias aéreas	Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal  Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado  Continua...

Implementar rotina de cuidados na aspiração de nasofaringe	*** Aspiração de vias aéreas  *** Controle de vias aéreas	Continua... Aspirar a nasofaringe com seringa de bulbo ou aspirador convencional, conforme apropriado  Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado
Estimular tosse durante a aspiração traqueal	*** Aspiração de vias aéreas  *** Controle de vias aéreas	Não mapeada  Remover secreções, encorajando a tossir ou aspirando
Implementar rotina de cuidados com oxigenioterapia – CPAP**	Oxigenoterapia	Administrar oxigênio suplementar, conforme ordenado
Implementar rotina de oxigenioterapia por BIPAP***	Oxigenoterapia	Administrar oxigênio suplementar, conforme ordenado
Implementar rotinas de cuidados com desmame ventilatório	Desmame de ventilação mecânica	Não mapeada
Manter precaução respiratória	Controle de infecção	Colocar sob precauções designadas, quando adequado
Manter cabeceira elevada	Posicionamento	Elevar a cabeceira da cama, quando adequado
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS NAS INTERVENÇÕES ADICIONAIS OPTATIVAS - NIC</b>		
Implementar rotina de cuidados com sonda orogástrica	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal	Não mapeada
Implementar rotina de cuidados com sonda nasogástrica	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal	Não mapeada
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS NO CTI/HCPA MAPEADOS EM INTERVENÇÕES NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO - NIC</b>		
Orientar paciente e familiares	**** Ensino: processo de doença  **** Ensino: procedimento/tratamento  **** Orientação antecipada  **** Suporte à família	Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, quando adequado  Orientar o paciente sobre formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento, quando adequado  Incluir família/pessoas significativas, conforme apropriado  Não mapeado
Orientar paciente	**** Ensino: processo de doença	Orientar o paciente sobre as medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do  Continua...

		Continua... tratamento da doença, quando adequado Ou Orientar o paciente sobre as medidas de controle/minimização de sintomas, quando adequado
	**** Ensino: procedimento/tratamento	Orientar o paciente sobre formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento, quando adequado
	**** Orientação antecipada	Não mapeado
Orientar a família	**** Ensino: processo de doença	Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, quando adequado
	**** Ensino: procedimento/tratamento	Incluir a família e as pessoas significativas, quando adequado
	**** Orientação antecipada	Incluir família/pessoas significativas, conforme apropriado
	**** Suporte à família	Não mapeado

**Quadro 8** – Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea” e as intervenções/atividades da NIC. Porto Alegre, 2006.

\*TET = tubo endotraqueal.

\*\*CPAP = *continuous positive airway pressure*.

\*\*\*BIPAP = *biphasic intermittent positive airway pressure*.

- \* Mapeamento em mais de uma intervenção prioritária para o diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea”.
- \*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da prioritária, estando esta entre as intervenções sugeridas para o diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea”.
- \*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção sugerida para o diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea”.
- \*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção não ligada ao diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea”.

<b>INTERVENÇÕES NIC (17)</b>	
<b>PRIORITÁRIAS (4)</b>	Assistência ventilatória
	Controle de vias aéreas artificiais
	Monitorização respiratória
	Ventilação mecânica
<b>SUGERIDAS (8)</b>	Aspiração de vias aéreas
	Controle de infecção
	* Controle de vias aéreas
	Desmame de ventilação mecânica
	Fisioterapia respiratória
	Monitorização de sinais vitais
	Oxigenoterapia
	Posicionamento
<b>ADICIONAIS OPTATIVAS (1)</b>	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal
<b>NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO (4)</b>	Ensino: procedimento/tratamento
	Ensino: processo de doença
	Orientação antecipada
	Suporte à família

**Quadro 9** – Intervenções *NIC* utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”. Porto Alegre, 2006.

\* Intervenção *NIC* mais freqüentemente usada no mapeamento cruzado.

O mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos e as intervenções *NIC* para os pacientes com diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” foi possível em 100% dos casos analisados. Algumas vezes, o mapeamento dos cuidados prescritos ocorreu nas intervenções e nas atividades e, em outras, somente nas intervenções *NIC* (Quadro 8).

Os 24 diferentes cuidados de enfermagem prescritos foram mapeados em 17 diferentes intervenções da *NIC*: quatro prioritárias, oito sugeridas, uma adicional optativa e quatro intervenções não ligadas ao diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” (Quadro 9; Tabela 13).

Desses 24 cuidados de enfermagem, 10 (41,7%), foram mapeados em quatro das cinco intervenções prioritárias para o diagnóstico, ou seja, quase metade dos cuidados mapeados tiveram correspondência nessas intervenções, o que confirma a sua importância e a adequação do que foi prescrito. Entre os demais, nove (37,5%)

foram mapeados nas intervenções sugeridas, dois (8,3%) nas intervenções adicionais optativas e três (12,5%) em outras intervenções não ligadas pela *NIC* ao diagnóstico em questão (Tabela 14). Esses percentuais foram calculados considerando-se a primeira alternativa do mapeamento entre o cuidado prescrito e a intervenção *NIC*, já que em 12 casos (50%) o mapeamento ocorreu em mais de uma intervenção da *NIC*.

Nesses 12 casos mapeados em mais de uma intervenção da *NIC*, em seis o mapeamento ocorreu nas intervenções e nas atividades e nos outros seis ora ele ocorreu na intervenção e na atividade, ora somente na intervenção da *NIC*. Em outros 12 casos (50%) o mapeamento ocorreu em uma única intervenção, dos quais seis foram mapeados somente na intervenção e seis na intervenção e na atividade.

Assim, considera-se que, de modo geral, em seis casos (25%) o mapeamento ocorreu somente nas intervenções e, em 18 (75%), nas intervenções e atividades da *NIC*.

#### **5.2.5 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Mobilidade física prejudicada” e a *NIC***

O resultado do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes internados no CTI/HCPA com diagnóstico “Mobilidade física prejudicada” e as intervenções e atividades da *NIC* são apresentados nos Quadros 10 e 11.

<b>PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS NIC</b>		
<b>Prescrições de cuidados de enfermagem/HCPA</b>	<b>Intervenção NIC</b>	<b>Atividade NIC</b>
Manter colchão piramidal	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito  ** Prevenção de úlcera de pressão	Colocar sobre colchão ou cama terapêuticos  Colocar colchão/cama terapêutica adequado  Usar camas e colchões especiais, quando adequado
Realizar mudança de decúbito	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito  ** Prevenção de úlcera de pressão	Virar conforme indicado pela condição da pele Ou Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, de acordo com uma programação específica  Virar, conforme indicado pela condição da pele Ou Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, conforme programa específico  Virar a cada 1 ou 2 horas, quando adequado
Auxiliar na mudança de decúbito	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito  ** Prevenção de úlcera de pressão	Virar conforme indicado pela condição da pele Ou Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, de acordo com uma programação específica  Virar, conforme indicado pela condição da pele Ou Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, conforme programa específico  Virar a cada 1 ou 2 horas, quando adequado
Manter cabeceira elevada	Posicionamento	Elevar a cabeceira da cama, quando adequado
Manter cabeceira em posição horizontal	Posicionamento	Colocar na posição terapêutica designada
Sentar paciente na cadeira	Posicionamento	Não mapeado

Continua...

	* Posicionamento: cadeira de rodas	Não mapeado Continua...
Auxiliar paciente sentar na cadeira	Posicionamento * Posicionamento: cadeira de rodas	Não mapeado Não mapeado
Estimular a movimentação no leito	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito  ** Prevenção de úlcera de pressão	Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado Ou Encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição, quando adequado  Ensinar exercícios na cama, conforme apropriado  Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente
Auxiliar movimentos ativos	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito	Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado Ou Encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição, quando adequado  Ensinar exercícios na cama, conforme apropriado
Estimular movimentos ativos	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito	Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado Ou Encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição, quando adequado  Ensinar exercícios na cama, conforme apropriado
Realizar movimentos passivos	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito	Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado Ou Encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição, quando adequado  Ensinar exercícios na cama, conforme apropriado  Continua...

Proporcionar posição confortável ao paciente	Posicionamento  ** Controle do ambiente: conforto	Continua... Colocar na posição terapêutica designada  Posicionar o paciente para facilitar o conforto (por ex., usar os princípios de alinhamento corporal, apoiar com travesseiros, apoiar as articulações durante os movimentos, usar curativos sobre incisões e imobilizar a parte dolorida do corpo)
Manter a campainha ao alcance do paciente	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito	Colocar luz de chamada ao alcance  Colocar a campainha ao alcance
Manter decúbito lateral	Posicionamento	Colocar na posição terapêutica adequada
Elevar membros inferiores	Posicionamento	Colocar na posição terapêutica adequada
Manter pertences próximo ao paciente	Posicionamento  * Cuidados com o repouso no leito	Colocar com os objetos de uso ao alcance  Colocar a mesinha de cabeceira ao alcance do paciente
<b>PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES SUGERIDAS NIC</b>		
Promover segurança e conforto	Controle do ambiente  *** Controle do ambiente: conforto	Criar um ambiente seguro para o paciente  Não mapeado
Manter repouso absoluto	Cuidados com o repouso no leito	Não mapeado
Manter repouso relativo	Cuidados com o repouso no leito	Não mapeado
Manter grades no leito	Cuidados com o repouso no leito	Elevar as laterais da cama, conforme apropriado
Auxiliar na deambulação	Terapia com exercícios: deambulação	Auxiliar o paciente nas primeiras ambulações, conforme a necessidade Ou Ajudar o paciente a colocar-se de pé e a percorrer uma distância específica e com uma quantidade específica de funcionários  Continua...

Acompanhar durante a deambulação	Terapia com exercícios: deambulação	Continua... Auxiliar o paciente nas primeiras ambulações, conforme a necessidade Ou Ajudar o paciente a colocar-se de pé e a percorrer uma distância específica e com uma quantidade específica de funcionários
Estimular a deambulação	Terapia com exercícios: deambulação	Encorajar a ambulação independente, dentro de limites seguros
Estimular saída do leito	Terapia com exercícios: deambulação	Não mapeado
Oferecer cadeira de rodas	Posicionamento: cadeira de rodas	Não mapeado
<b>PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES ADICIONAIS OPTATIVAS NIC</b>		
Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito	Supervisão da pele  **** Prevenção de úlceras de pressão	Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações, conforme a necessidade  Não mapeado
Comunicar sinais de dor	Controle da dor	Não mapeado
Avaliar eficácia da analgesia	Controle da dor	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor
Medicar para dor antes dos procedimentos	Controle da dor	Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia Ou Medicar antes de uma atividade de modo a aumentar a participação, mas avaliar os riscos decorrentes da sedação
Avaliar alterações do nível de consciência	Monitorização neurológica	Monitorar o nível de consciência
<b>PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO - NIC</b>		
Proteger as proeminências ósseas	Prevenção de úlceras de pressão	Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar, diariamente Ou Aplicar protetores aos cotovelos e calcâneos, quando adequado
Verificar sinais vitais	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando apropriado  Continua...

Orientar paciente	***** Ensino: processo de doença	Continua... Orientar o paciente sobre as medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença, quando adequado Ou Orientar o paciente sobre as medidas de controle/minimização de sintomas, quando adequado
	***** Ensino: procedimento/tratamento	Orientar o paciente sobre formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento, quando adequado
	***** Orientação antecipada	Não mapeado
Tranqüilizar o paciente	***** Redução da ansiedade	Usar uma abordagem calma e segura
	***** Suporte emocional	Não mapeado
Orientar a família	***** Ensino: processo de doença	Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre o progresso do paciente, quando adequado
	***** Ensino: procedimento/tratamento	Incluir a família e as pessoas significativas, quando adequado
	***** Orientação antecipada	Incluir a família/pessoas significativas, conforme apropriado
	***** Suporte à família	Não mapeado
Proporcionar ambiente calmo e confortável	***** Redução da ansiedade	Não mapeado
	***** Controle do ambiente: conforto	Não mapeado
<b>CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESCRITO NO CTI/HCPA NÃO MAPEADO NAS INTERVENÇÕES NIC</b>		
Solicitar apoio de familiar	Não mapeado	Não mapeado

**Quadro 10** – Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” e as intervenções/atividades da NIC. Porto Alegre, 2006.

- \* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da prioritária, estando esta entre as intervenções sugeridas para o diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”.
- \*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da prioritária, estando esta entre outras intervenções não ligadas ao diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”.
- \*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da sugerida, estando esta entre outras intervenções não ligadas ao diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”.
- \*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção, além da adicional optativa, estando esta entre outras intervenções não ligadas ao diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”.
- \*\*\*\*\* Mapeamento em mais de uma intervenção não ligada ao diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”.

INTERVENÇÕES NIC (17)	
PRIORITÁRIAS (1)	* Posicionamento
SUGERIDAS (4)	Controle do ambiente
	Cuidados com o repouso no leito
	Posicionamento: cadeira de rodas
	Terapia com exercícios: deambulação
ADICIONAIS OPTATIVAS (3)	Controle da dor
	Monitorização neurológica
	Supervisão da pele
NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO (9)	Controle do ambiente: conforto
	Ensino: processo de doença
	Ensino: procedimento/tratamento
	Monitorização de sinais vitais
	Orientação antecipada
	Prevenção de úlceras de pressão
	Redução da ansiedade
	Suporte à família
Suporte emocional	

**Quadro 11** – Intervenções *NIC* utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”. Porto Alegre, 2006.

\* Intervenção *NIC* mais frequentemente usada no mapeamento cruzado.

Conforme os dados apresentados, verifica-se que o mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com diagnóstico “Mobilidade física prejudicada” e as intervenções *NIC* ocorreu em 36 casos (97,3%); apenas uma (2,7%) prescrição de cuidado não foi mapeada (Quadro 10).

Nesse processo, foram encontrados 37 diferentes cuidados de enfermagem, que foram mapeados em 17 diferentes intervenções *NIC*: uma prioritária, quatro sugeridas, três adicionais optativas e nove intervenções não ligadas ao diagnóstico de enfermagem avaliado (Quadro 11; Tabela 13).

Entre os 36 cuidados de enfermagem com mapeamento na *NIC*, 16 (43,2%) tiveram o mapeamento numa das duas intervenções listadas como prioritárias para o diagnóstico, ou seja, “Posicionamento”, o que reforça a sua importância. Quanto aos demais, 9 (24,3%) foram mapeados nas intervenções sugeridas, 5 (13,6%), nas intervenções adicionais optativas e 6 (16,2%) em outras intervenções não ligadas pela *NIC* ao diagnóstico em questão (Tabela 14). Esses percentuais foram calculados

considerando-se a primeira opção de mapeamento, já que, em 18 casos (48,6%) o cuidado prescrito pôde ser mapeado em mais de uma intervenção da *NIC*.

Nesses 18 casos mapeados em mais de uma intervenção da *NIC*, em 10 o mapeamento se deu nas intervenções e atividades e em 8 ele ocorreu ora na intervenção e na atividade, ora somente na intervenção da *NIC*. Em outros 18 casos (48,6%) o mapeamento ocorreu em uma única intervenção, tendo 5 sido mapeados somente na intervenção e 13 na intervenção e na atividade.

### 5.2.6 Mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele” e a *NIC*

Os Quadros 12 e 13 apresentam o resultado do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes internados no CTI/HCPA com diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele” e as intervenções e atividades da *NIC*.

PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS <i>NIC</i>		
Prescrições de cuidados de enfermagem/HCPA	Intervenção <i>NIC</i>	Atividade <i>NIC</i>
Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito	* Supervisão da pele	Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações, conforme a necessidade
	* Prevenção de úlceras de pressão	Não mapeado
Proteger as proeminências ósseas	Prevenção de úlceras de pressão	Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar, diariamente Ou Aplicar protetores aos cotovelos e calcâneos, quando adequado
Inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	* Supervisão da pele	Monitorar áreas de vermelhidão e ruptura da pele Ou

Continua...

		<p>Continua...</p> <p>Monitorar áreas de descoloramento e contusões na pele e nas membranas mucosas</p> <p>Ou</p> <p>Monitorar a cor da pele</p> <p>Ou</p> <p>Monitorar a temperatura da pele</p> <p>Monitorar atentamente qualquer área avermelhada</p>
Proteger a pele para evitar rompimento	<p>* Prevenção de úlceras de pressão</p> <p>* Supervisão da pele</p> <p>* Prevenção de úlceras de pressão</p>	<p>Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações, conforme necessidade</p> <p>Não mapeado</p>
Usar travesseiros sob a pelve para alívio da pressão nos flancos	<p>* Prevenção de úlceras de pressão</p> <p>* Controle de pressão sobre áreas do corpo</p>	<p>Posicionar com travesseiros para erguer os pontos de pressão acima da cama</p> <p>Monitorar as áreas de pressão e fricção</p>
Realizar mudança de decúbito	<p>Prevenção de úlcera de pressão</p> <p>** Posicionamento</p> <p>*** Cuidados com repouso no leito</p>	<p>Virar a cada 1 ou 2 horas, quando adequado</p> <p>Virar conforme indicado pela condição da pele</p> <p>Ou</p> <p>Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, de acordo com uma programação específica</p> <p>Virar, conforme indicado pela condição da pele</p> <p>Ou</p> <p>Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, conforme programa específico</p>
Manter colchão piramidal	<p>Prevenção de úlcera de pressão</p> <p>** Posicionamento</p> <p>*** Cuidados com o repouso no leito</p>	<p>Usar camas e colchões especiais, quando adequado</p> <p>Colocar sobre colchão ou cama terapêuticos</p> <p>Colocar colchão/cama terapêutica adequado</p>
Auxiliar na mudança de decúbito	<p>Prevenção de úlcera de pressão</p> <p>** Posicionamento</p>	<p>Virar a cada 1 ou 2 horas, quando adequado</p> <p>Virar conforme indicado pela condição da pele</p> <p>Ou</p> <p>Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, de acordo</p> <p>Continua...</p>

	*** Cuidados com o repouso no leito	Continua... com uma programação específica  Virar, conforme indicado pela condição da pele Ou Virar paciente imobilizado no mínimo a cada 2 horas, conforme programa específico
Estimular a movimentação no leito	Prevenção de úlceras de pressão  **Posicionamento  *** Cuidados com o repouso no leito	Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente  Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado Ou Encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição, quando adequado  Ensinar exercícios na cama, conforme apropriado
Manter períneo limpo e seco	Prevenção de úlceras de pressão  *** Banho  *** Cuidados com o períneo	Remover a umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinência urinária ou fecal  Auxiliar, conforme necessidade, nos cuidados com o períneo  Manter o períneo seco
Hidratar a pele	Prevenção de úlceras de pressão  *** Banho	Hidratar a pele seca não rota  Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele
Oferecer hidratante para a pele	Prevenção de úlceras de pressão  *** Banho	Hidratar a pele seca não rota  Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele
Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar	Supervisão da pele  **** Controle de hiperglicemia	Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações, conforme a necessidade  Não mapeado
Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas	Supervisão da pele  **** Administração de medicamentos: subcutânea	Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações, conforme a necessidade  Usar rotatividade nos locais para injetar a insulina sistemicamente, em região anatômica  Continua...

Realizar rodízio para medicação	Supervisão da pele  **** Administração de medicamentos: subcutânea	Continua... Instituir medidas para prevenir futuras deteriorações, conforme a necessidade  Usar rotatividade nos locais para injetar a insulina sistemicamente, em região anatômica
<b>PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES SUGERIDAS NIC</b>		
Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão	Cuidados com lesões  **** Cuidados com úlcera de pressão	Administrar cuidados à úlcera de pele, conforme a necessidade  Não mapeado
Implementar rotina de cuidados com eliminação urinária	Cuidados com o períneo  **** Controle da eliminação urinária	Não mapeado  Não mapeado
Manter cabeceira elevada	Posicionamento	Elevar a cabeceira da cama, quando adequado
Realizar movimentos passivos	***** Cuidados com o repouso no leito  ***** Posicionamento	Ensinar exercícios na cama, conforme apropriado  Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado Ou Encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição, quando adequado
<b>PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES ADICIONAIS OPTATIVAS NIC</b>		
Verificar sinais vitais	Monitorização de sinais vitais	Monitorar a pressão arterial, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando apropriado
<b>PRESCRIÇÕES MAPEADAS EM INTERVENÇÕES NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO - NIC</b>		
Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos	Administração de medicamentos	Não mapeado

**Quadro 12** – Mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele” e as intervenções/atividades da NIC. Porto Alegre, 2006.

- \* Prescrições mapeadas em mais de uma intervenção prioritária para o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele”.
- \*\* Prescrições mapeadas em mais de uma intervenção, além da prioritária, estando esta entre as intervenções sugeridas para o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele”.
- \*\*\* Prescrições mapeadas em mais de uma intervenção, além da prioritária, estando esta entre as intervenções adicionais optativas para o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele”.
- \*\*\*\* Prescrições mapeadas em mais de uma intervenção, além da prioritária ou sugerida, não sendo esta uma intervenção ligada ao diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele”.
- \*\*\*\*\* Prescrições mapeadas em mais de uma intervenção sugerida para o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele”.

INTERVENÇÕES NIC (14)	
PRIORITÁRIAS (3)	Controle de pressão sobre áreas do corpo
	* Prevenção de úlcera de pressão
	Supervisão da pele
SUGERIDAS (2)	Posicionamento
	Cuidados com lesões
ADICIONAIS OPTATIVAS (4)	Banho
	Cuidados com o períneo
	Cuidados com o repouso no leito
	Monitorização de sinais vitais
NÃO LIGADAS AO DIAGNÓSTICO (5)	Administração de medicamentos
	Administração de medicamentos: subcutânea
	Controle de hiperglicemia
	Controle da eliminação urinária
	Cuidados com úlcera de pressão

**Quadro 13** – Intervenções NIC utilizadas no mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”. Porto Alegre, 2006.

\* Intervenção NIC mais frequentemente usada no mapeamento cruzado.

Conforme os dados apresentados no Quadro 12, verifica-se que o mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele” e as intervenções NIC ocorreu em 100% dos casos.

Nesse processo, foram encontrados 21 diferentes cuidados de enfermagem, que foram mapeados em 14 intervenções NIC: três prioritárias, duas sugeridas, quatro adicionais optativas e cinco intervenções não ligadas ao diagnóstico de enfermagem avaliado (Quadro 13; Tabela 13).

Dos 21 cuidados de enfermagem mapeados na NIC, 15 (71,4%) tiveram o mapeamento nas três intervenções listadas como prioritárias para o diagnóstico, ou seja, “Controle de pressão sobre áreas do corpo”, “Prevenção de úlcera de pressão” e “Supervisão da pele”, o que reafirma seu caráter prioritário. Entre os demais, 4 (19%) foram mapeados nas intervenções sugeridas, 1 (4,8%) nas intervenções adicionais optativas e 1 (4,8%) em outras intervenções não ligadas pela NIC ao diagnóstico assinalado (Tabela 14). Esses percentuais foram calculados

considerando-se a primeira opção de mapeamento, já que, em 17 casos (81%), o mapeamento ocorreu em mais de uma intervenção da *NIC*.

Nesses 17 casos mapeados em mais de uma intervenção da *NIC*, em 12 o mapeamento foi possível nas intervenções e atividades e em cinco ele ocorreu ora na intervenção e na atividade, ora somente na intervenção da *NIC*. Nos outros quatro casos, o mapeamento ocorreu somente em uma intervenção, sendo três mapeados na intervenção e na atividade e um, somente na intervenção.

### **5.2.7 Síntese dos resultados do mapeamento cruzado: cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras do CTI/HCPA para os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes e a *NIC***

Os próximos dados apresentam uma síntese dos resultados finais do mapeamento cruzado realizado, o que possibilita a visualização de informações, números absolutos e percentuais encontrados nesse extenso processo metodológico.

**Tabela 13** – Resultados do mapeamento cruzado entre os diferentes cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e os diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Diagnóstico de enfermagem	Diferentes cuidados de enfermagem prescritos CTI/HCPA	Diferentes intervenções <i>NIC</i> usadas no mapeamento cruzado	Diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i> usados no mapeamento cruzado			
			Prioritária	Sugerida	Adicional Optativa	Não ligada ao diagnóstico
Risco para infecção	47	28	2	4	7	15
Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene	34	18	2	3	3	10
Padrão respiratório ineficaz	49	25	2	6	8	9
Incapacidade para manter respiração espontânea	24	17	4	8	1	4
Mobilidade física prejudicada	37	17	1	4	3	9
Risco para prejuízo da integridade da pele	21	14	3	2	4	5
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>119</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

A Tabela 13 mostra o total de 212 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes do CTI/HCPA com os diagnósticos de maior frequência de ocorrência, o total de 119 diferentes intervenções *NIC* utilizadas no processo de mapeamento cruzado e a subdivisão dessas intervenções de acordo com os seus níveis de ligação: 14 prioritárias, 27 sugeridas, 26 adicionais optativas e 52 não ligadas ao diagnóstico de enfermagem em análise.

É importante destacar que, algumas vezes, um mesmo cuidado de enfermagem apareceu prescrito para mais de um diagnóstico de enfermagem. Da mesma forma, algumas vezes, as mesmas intervenções *NIC* foram identificadas no mapeamento de cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com diagnósticos de enfermagem diferentes. Exemplo clássico, já mencionado, é a prescrição do cuidado “Verificar sinais vitais”, encontrado nos seis diferentes diagnósticos mapeados.

Quando essas repetições são excluídas da quantificação geral, têm-se 149 diferentes cuidados de enfermagem prescritos e 57 diferentes intervenções *NIC* mapeados de forma cruzada (APÊNDICE B; Quadro 14).

Essa tabela também chama a atenção para o número de intervenções não ligadas aos diagnósticos de enfermagem utilizadas no mapeamento cruzado. Todavia, esse dado não deve ser analisado isoladamente, mas sim com o complemento da Tabela 14, que apresenta os números e percentuais de cuidados de enfermagem mapeados em cada um dos níveis de intervenções, deixando claro que a maioria dos cuidados de enfermagem prescritos foram mapeados nas intervenções prioritárias para o diagnóstico, o que vai ao encontro do que a *NIC* preconiza (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004a, 2004b).

**Tabela 14** – Total de diferentes cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Diagnóstico de enfermagem	Total de diferentes cuidados prescritos CTI/HCPA	Total mapeado		Total não mapeado		Total de cuidados prescritos mapeados nos diferentes níveis de intervenções <i>NIC</i>							
		N	%	N	%	Prioritária		Sugerida		Adicional Optativa		Não ligada ao diagnóstico	
						N	%	N	%	N	%	N	%
Risco para infecção	47	44	93,6	3	6,4	12	25,5	7	14,9	14	29,8	11	23,4
Déficit no Autocuidado: banho e/ou higiene	34	34	100	0	0	19	55,9	4	11,8	4	11,8	7	20,5
Padrão respiratório ineficaz	49	47	96	2	4	12	24,5	12	24,5	15	30,6	8	16,3
Incapacidade para manter respiração espontânea	24	24	100	0	0	10	41,7	9	37,5	2	8,3	3	12,5
Mobilidade física prejudicada	37	36	97,3	1	2,7	16	43,2	9	24,3	5	13,6	6	16,2
Risco para prejuízo da integridade da pele	21	21	100	0	0	15	71,4	4	19	1	4,8	1	4,8
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>206</b>	<b>97,2</b>	<b>6</b>	<b>2,8</b>	<b>84</b>	<b>39,6</b>	<b>45</b>	<b>21,2</b>	<b>41</b>	<b>19,3</b>	<b>36</b>	<b>17</b>

A Tabela 14 descreve os resultados finais no que diz respeito aos números e percentuais de cuidados de enfermagem mapeados ou não nas intervenções *NIC*, assim como também em cada um dos níveis das intervenções *NIC*.

Como pode ser visto, o total de cuidados prescritos e mapeados na *NIC* é de 97,2%, o que significa que somente 2,8% dos cuidados não foram mapeados.

O total de cuidados prescritos e mapeados nas intervenções prioritárias da *NIC*, para cada um dos seis diagnósticos avaliados, foi o maior de todos (39,6%),

seguido pelos mapeados nas intervenções sugeridas (21,2%), pelos mapeados nas intervenções adicionais optativas (19,3%) e, finalmente, pelos mapeados nas intervenções não ligadas ao diagnóstico (17%).

No prosseguimento, apresentam-se os resultados finais referentes aos dez cuidados de enfermagem mais prescritos para cada um dos seis diagnósticos mais freqüentemente identificados na unidade e sua correspondência com as intervenções da *NIC*. A escolha do corte de dez cuidados de enfermagem foi arbitrária, entretanto, considerou-se que esse número é representativo da amostra estudada, uma vez que seus percentuais por internação são bastante elevados (Tabelas 15 a 20).

**Tabela 15** – Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA	% Internação (n = 950)	Intervenção <i>NIC</i> correspondente	Nível da intervenção <i>NIC</i>
Implementar rotina de cuidados na punção venosa	80,7	Cuidados com lesões Inserção endovenosa	Sugerida Não ligada
Implementar rotina de cuidados com soroterapia	67,7	Controle de líquidos/eletrólitos Terapia endovenosa	Sugerida Não ligada
Implementar rotina para manuseio de cateter venoso central	60,8	Controle de infecção	Prioritária
Implementar rotina para troca de curativos de cateter venoso central	60,6	Controle de infecção	Prioritária
Implementar rotina de cuidados com sondagem vesical de demora	57,1	Cuidados com sondas e drenos: bexiga	Adicional Optativa
Realizar curativos	40,1	Cuidados com lesões Cuidados com local da incisão	Sugerida Não ligada
Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos	40,1	Administração de medicamentos	Não ligada
Observar pertuito e locais de inserção de cateteres	35,8	Controle de infecção	Prioritária
Implementar rotina de cuidados com cateter arterial	34,0	Não mapeado	Não mapeado
Explicar previamente os procedimentos	33,9	Ensino: procedimento/tratamento Redução da ansiedade	Não ligada Não ligada

A Tabela 15 apresenta os dez cuidados de enfermagem mais frequentemente prescritos para o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”, seu percentual por internação, sua correspondência, no mapeamento cruzado, com as intervenções *NIC* e o nível em que cada uma delas se encontra.

**Tabela 16** – Cuidados de enfermagem mais frequentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA	% Internação (n = 972)	Intervenção <i>NIC</i> correspondente	Nível da intervenção <i>NIC</i>
Realizar banho de leito	97,3	Banho	Prioritária
Higienizar couro cabeludo	93,8	Banho Cuidados com os cabelos	Prioritária Prioritária
Realizar higiene oral	46,8	Manutenção da saúde oral	Sugerida
Implementar rotina para tricotomia facial	45,5	Banho	Prioritária
Implementar rotina de cuidados para higiene oral	45,0	Assistência no autocuidado: banho/higiene Manutenção da saúde oral	Prioritária Sugerida
Auxiliar o paciente na higiene oral	23,0	Assistência no autocuidado: banho/higiene Manutenção da saúde oral	Prioritária Sugerida
Verificar sinais vitais	22,3	Monitorização de sinais vitais	Não ligada
Realizar higiene perineal após cada evacuação	17,9	Banho Cuidados com períneo Assistência no autocuidado: higiene íntima	Prioritária Sugerida Não ligada
Realizar tricotomia facial	10,4	Banho	Prioritária
Manter períneo limpo e seco	7,1	Banho Cuidados com períneo	Prioritária Sugerida

A Tabela 16 apresenta os dez cuidados de enfermagem mais frequentemente prescritos para o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”, seu percentual por internação, sua correspondência no mapeamento cruzado com as intervenções *NIC* e o nível em que cada uma delas se encontra.

**Tabela 17** – Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA	% Internação (n = 494)	Intervenção <i>NIC</i> correspondente	Nível da intervenção <i>NIC</i>
Verificar saturação de oxigênio	73,5	Monitorização respiratória	Prioritária
Manter cabeceira elevada	57,5	Posicionamento	Adicional Optativa
Implementar rotinas com oxigenioterapia - cateter nasal	54,0	Oxigenioterapia Assistência ventilatória	Sugerida Sugerida
Vigiar padrão respiratório	53,0	Monitorização respiratória Controle de vias aéreas Assistência ventilatória	Prioritária Prioritária Sugerida
Verificar sinais vitais	36,6	Monitorização de sinais vitais	Sugerida
Implementar rotinas com oxigenioterapia - ventilação mecânica	28,3	Ventilação mecânica	Sugerida
Vigiar sensório	25,7	Monitorização respiratória Monitorização neurológica	Prioritária Sugerida
Comunicar alterações do padrão ventilatório	24,5	Monitorização respiratória Controle de vias aéreas Assistência ventilatória	Prioritária Prioritária Sugerida
Aspirar secreções	23,1	Controle de vias aéreas Aspiração de vias aéreas	Prioritária Sugerida
Implementar rotina de cuidados com TET	23,1	Controle de vias aéreas artificiais	Adicional Optativa

A Tabela 17 apresenta os dez cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos para o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”, seu percentual por internação, sua correspondência no mapeamento cruzado com as intervenções *NIC* e o nível em que cada uma delas se encontra.

**Tabela 18** – Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA	% Internação (n= 427)	Intervenção <i>NIC</i> correspondente	Nível da intervenção <i>NIC</i>
Implementar rotinas com oxigenioterapia – ventilação mecânica	97,9	Ventilação mecânica	Prioritária
Verificar saturação de oxigênio	83,6	Monitorização respiratória	Prioritária
Implementar rotina de cuidados para aspiração TET e orofaringe	80,6	Controle de vias aéreas artificiais Aspiração de vias aéreas	Prioritária Sugerida
Implementar rotina de cuidados com TET	78,5	Controle de vias aéreas artificiais	Prioritária
Comunicar alterações no padrão respiratório	62,8	Monitorização respiratória Assistência ventilatória Controle de vias aéreas	Prioritária Prioritária Sugerida
Manter cabeceira elevada	54,6	Posicionamento	Sugerida
Verificar sinais vitais	34,0	Monitorização de sinais vitais	Sugerida
Aspirar secreções	26,9	Aspiração de vias aéreas Controle de vias aéreas	Sugerida Sugerida
Observar aspecto do escarro	23,9	Monitorização respiratória Aspiração de vias aéreas Fisioterapia respiratória	Prioritária Sugerida Sugerida
Implementar rotina de cuidados com sonda nasogástrica	20,1	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal	Adicional Optativa

A Tabela 18 apresenta os dez cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos para o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”, seu percentual por internação, sua correspondência no mapeamento cruzado com as intervenções *NIC* e o nível em que cada uma delas se encontra.

**Tabela 19** – Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA	% Internação (n = 588)	Intervenção <i>NIC</i> correspondente	Nível da intervenção <i>NIC</i>
Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito	77,2	Supervisão da pele	Adicional
		Prevenção de úlcera de pressão	Optativa Não ligada
Manter colchão piramidal	56,1	Posicionamento	Prioritária
		Cuidados com o repouso no leito	Sugerida
		Prevenção de úlcera de pressão	Não ligada
Realizar mudança de decúbito	43,5	Posicionamento	Prioritária
		Cuidados com o repouso no leito	Sugerida
		Prevenção de úlcera de pressão	Não ligada
Manter cabeceira elevada	35,5	Posicionamento	Prioritária
Proteger as proeminências ósseas	23,8	Prevenção de úlcera de pressão	Não ligada
Verificar sinais vitais	18,4	Monitorização de sinais vitais	Não ligada
Sentar paciente na cadeira	15,5	Posicionamento	Prioritária
		Posicionamento: cadeira de rodas	Sugerida
Auxiliar na mudança de decúbito	13,8	Posicionamento	Prioritária
		Cuidados com o repouso no leito	Sugerida
		Prevenção de úlcera de pressão	Não ligada
Comunicar sinais de dor	10,5	Controle da dor	Adicional Optativa
Estimular saída do leito	8,2	Terapia com exercícios: deambulação	Sugerida

A Tabela 19 apresenta os dez cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos para o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”, seu percentual por internação, sua correspondência no mapeamento cruzado com as intervenções *NIC* e o nível em que cada uma delas se encontra.

**Tabela 20** – Cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele” e seu mapeamento cruzado nos diferentes níveis de intervenções *NIC*. Porto Alegre, 2006.

Cuidados de enfermagem prescritos no CTI/HCPA	% Internação (n = 403)	Intervenção <i>NIC</i> correspondente	Nível da intervenção <i>NIC</i>
Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito	86,4	Supervisão da pele Prevenção de úlcera de pressão	Prioritária Prioritária
Realizar mudança de decúbito	66,7	Prevenção de úlcera de pressão Posicionamento Cuidados com o repouso no leito	Prioritária Sugerida Adicional Optativa
Manter colchão piramidal	60,3	Prevenção de úlcera de pressão Posicionamento Cuidados com o repouso no leito	Prioritária Sugerida Adicional Optativa
Proteger as proeminências ósseas	35,5	Prevenção de úlcera de pressão	Prioritária
Manter cabeceira elevada	24,3	Posicionamento	Sugerida
Implementar rotina de cuidados com eliminação urinária	20,6	Cuidados com o períneo Controle da eliminação urinária	Sugerida Não ligada
Auxiliar na mudança de decúbito	14,9	Prevenção de úlcera de pressão Posicionamento Cuidados com o repouso no leito	Prioritária Sugerida Adicional Optativa
Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar	10,9	Supervisão da pele Controle da glicemia capilar	Prioritária Não ligada
Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas	8,2	Supervisão da pele Administração de medicamentos: subcutânea	Prioritária Não ligada
Verificar sinais vitais	7,4	Monitorização de sinais vitais	Adicional Optativa

A Tabela 20 apresenta os dez cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos para o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”, seu percentual por internação, sua correspondência no mapeamento cruzado com as intervenções *NIC* e o nível correspondente a cada uma delas.

Por último, apresenta-se uma síntese das intervenções *NIC* utilizadas na totalidade do mapeamento cruzado, relacionando-as aos domínios dessa classificação (Quadro 14).

<b>DOMÍNIO 1</b>	<b>CUIDADOS QUE DÃO SUPORTE AO</b>
<b>FISIOLÓGICO: BÁSICO</b>	<b>FUNCIONAMENTO FÍSICO DO ORGANISMO</b>
<b>CLASSE</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>
<b>A – Terapia com Exercícios</b>	Terapia com exercícios: deambulação
<b>B – Controle das Eliminações</b>	Assistência no autocuidado: higiene íntima
	Controle da eliminação urinária
	Cuidados com ostomias
	Cuidados com sondas e drenos: bexiga
	Cuidados na incontinência urinária
	Cuidados na retenção urinária
<b>C – Controle da Imobilidade</b>	Cuidado com o repouso no leito
	<b>** Posicionamento</b>
	Posicionamento: cadeira de rodas
<b>D – Suporte Nutricional</b>	Administração de NPT
	Cuidados com sondas e drenos: gastrointestinal
<b>E – Promoção do Conforto Físico</b>	Controle da dor
	Controle do ambiente: conforto
<b>F – Facilitação do Autocuidado</b>	Assistência no autocuidado
	<b>** Assistência no autocuidado: banho/higiene</b>
	Assistência no autocuidado: higiene íntima *(B)
	<b>** Banho</b>
	Cuidados com o períneo
	Cuidados com os cabelos
	Cuidados com os olhos
	Cuidados com sondas e drenos
	Manutenção da saúde oral
<b>DOMÍNIO 2</b>	<b>CUIDADOS QUE DÃO SUPORTE À</b>
<b>FISIOLÓGICO: COMPLEXO</b>	<b>REGULAÇÃO HOMEOSTÁTICA</b>
<b>CLASSE</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>
<b>G – Controle de Eletrólitos e Ácido-básico</b>	Administração de NPT *(D)
	Controle de hiperglicemia
	Controle de líquidos/eletrólitos
<b>H – Controle de Drogas</b>	Administração de medicamentos
	Administração de medicamentos: subcutânea
<b>I – Controle Neurológico</b>	Monitorização Neurológica
<b>K – Controle Respiratório</b>	Aspiração de vias aéreas
	<b>** Assistência ventilatória</b>
	<b>** Controle de vias aéreas</b>
	<b>** Controle de vias aéreas artificiais</b>
	Cuidados com sondas e drenos: tórax
	Desmame de ventilação mecânica
	Fisioterapia respiratória
	<b>** Monitorização respiratória</b>
	Oxigenoterapia
	<b>** Ventilação mecânica</b>
<b>L – Controle da Pele/Lesões</b>	<b>** Controle de pressão sobre áreas do corpo</b>
	Continua...

	Continua...
	Cuidados com lesões
	Cuidados com local da incisão
	Cuidados com ostomias *(B)
	Cuidados com úlcera de pressão
	<b>** Prevenção de úlcera de pressão</b>
	<b>** Supervisão da pele</b>
N – Controle da Perfusão Tissular	Controle de líquidos/eletrólitos *(G)
	Inserção endovenosa
	Terapia endovenosa
<b>DOMÍNIO 3 COMPORTAMENTAL</b>	<b>CUIDADOS QUE DÃO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL E FACILITAM MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA</b>
<b>CLASSE</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>
R – Assistência no Enfrentamento	Aumento da segurança
	Orientação antecipada
	Suporte emocional
S – Educação ao Paciente	Ensino: procedimento/tratamento
	Ensino: processo de doença
T – Promoção do Conforto Psicológico	Redução da ansiedade
<b>DOMÍNIO 4 SEGURANÇA</b>	<b>CUIDADOS QUE DÃO SUPORTE À PROTEÇÃO CONTRA DANOS</b>
<b>CLASSE</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>
V – Controle de Risco	<b>** Controle de infecção</b>
	Controle do ambiente
	Monitorização de sinais vitais
	Prevenção de úlcera de pressão *(L)
	<b>** Proteção contra infecção</b>
	Supervisão
<b>DOMÍNIO 5 FAMÍLIA</b>	<b>CUIDADOS QUE DÃO SUPORTE À UNIDADE FAMILIAR</b>
<b>CLASSE</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>
X – Cuidados no Ciclo da Vida	Suporte à família

**Quadro 14** – Intervenções de enfermagem *NIC* mapeadas de forma cruzada com os cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI/HCPA e sua localização quanto aos domínios da classificação.

\* A letra indica a outra classe na qual a intervenção também está incluída (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

\*\* Intervenções apresentadas pela *NIC* como prioritárias em pelo menos um dos seis diagnósticos de enfermagem mapeados.

O Quadro 14 descreve as 62 intervenções *NIC* utilizadas no mapeamento cruzado realizado neste trabalho, relacionando-as com os domínios dessa classificação. Dessas, cinco intervenções estão presentes em mais de uma classe, conforme indicado por uma letra. Excluindo-se essas repetições têm-se 57 diferentes intervenções usadas.

O maior número de intervenções, ou seja, 26 (42%), foi encontrado no domínio fisiológico complexo, distribuídas nas classes de terapia com exercícios, controle das eliminações, controle da imobilidade, suporte nutricional, promoção do conforto físico e facilitação do autocuidado. Outras 23 (37%) se encontram no domínio fisiológico básico, distribuídas nas classes de controle de eletrólitos e ácido-básico, controle de drogas, controle neurológico, controle respiratório, controle da pele/lesões e controle da perfusão tissular. No domínio comportamental, encontram-se 6 (9,7%) intervenções, distribuídas nas classes de assistência no enfrentamento, educação ao paciente e promoção do conforto psicológico. No domínio segurança, também se encontram 6 (9,7%) intervenções, todas na classe de controle de risco. No domínio família, houve uma (1,6%) intervenção na classe de cuidados no ciclo da vida. Nos domínios 6, sistemas de saúde, e 7, comunidade, não foram encontradas intervenções utilizadas neste mapeamento cruzado.

## 6 DISCUSSÃO

Inicialmente, se discutirão os resultados obtidos na primeira fase do estudo, que trata dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no CTI/HCPA e suas prescrições de cuidados de enfermagem. Na seqüência, será realizada a discussão dos resultados da segunda fase, relacionada ao mapeamento cruzado realizado entre esses cuidados e a *NIC*.

### 6.1 Primeira fase: diagnósticos e cuidados de enfermagem

Conforme apresentado na seção de resultados, foram estudadas 991 internações ocorridas no CTI/HCPA, num período de seis meses, que demandaram um total de 6.845 diagnósticos de enfermagem, divididos em 63 diferentes categorias, para as quais foram prescritos 39.947 cuidados de enfermagem (Tabela 1).

Em relação ao número de 63 categorias diagnósticas identificadas, encontrou-se na literatura pesquisada estudo realizado em sete diferentes áreas de especialidades de um hospital escola (cardiologia, cardiovascular, gastrocirurgia, ginecologia, pneumologia, urologia e vascular), no qual foram identificadas 81 categorias (BARROS, 1998). Outro estudo semelhante desenvolvido em unidades de internação médico-cirúrgica apontou 49 diferentes categorias diagnósticas (VOLPATO, 2001).

Já em pesquisa realizada em áreas de internação destinadas a pacientes coronarianos em estado crítico, foi encontrado um total de 47 categorias diagnósticas, número que é semelhante ao total de 48 encontrado em estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgia abdominal (MARIA, 1997; YOM; CHI; YOO, 2002). Especificamente relacionada aos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, verifica-se a existência de investigação que descreve a identificação de 14

diferentes categorias diagnósticas, número menor do que os descritos nos demais estudos (GUERRIERO; GUIMARÃES; MARIA, 2000).

Considerando-se que esta pesquisa analisa dados referentes a terapia intensiva com pacientes oriundos de diferentes especialidades clínicas e cirúrgicas e comparando-se com o número de categorias diagnósticas descritas pelos estudos citados, pensa-se que o achado de 63 categorias possivelmente represente a maioria dos diagnósticos de enfermagem presentes nas diferentes áreas de internação hospitalar.

Pode-se dizer ainda que, dos 63 diferentes diagnósticos identificados, 42 (66,7%) estão presentes nas três diferentes áreas da unidade, enquanto os demais 21 (33,3%) não aparecem em todas as três áreas do CTI. Salienta-se que a frequência e os percentuais dos diagnósticos não existentes em todas as três áreas são pequenos, abaixo de 1,5% por internação, o que fortalece o pensamento de que os diagnósticos de maior frequência possam ser os mesmos em diferentes áreas de internação clínica e cirúrgica do hospital (Tabela 1).

Quanto aos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados no CTI/HCPA, foram levados em consideração os presentes no quartil de maior frequência. Esses estavam distribuídos em 16 categorias, perfazendo um total de 6.001 diagnósticos realizados no período pesquisado (Tabela 2).

Esses 6.001 diagnósticos de enfermagem equivalem a 87,5% do total de diagnósticos realizados na unidade no período pesquisado, percentual semelhante aos 85% apontados por Moorhead e Delaney (1997) numa amostra de nove diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados num hospital americano, o que vem a fortalecer o dado apresentado.

Em relação à *NANDA* (2006), esses diagnósticos de enfermagem se encontram em cinco diferentes domínios da classificação. São eles:

- a) Domínio 2 – Nutrição, nas classes de ingestão (“Alteração da nutrição: menos do que o corpo necessita”, “Deglutição prejudicada”) e hidratação

(“Risco para déficit no volume de líquidos” e “Déficit no volume de líquidos”).

b) Domínio 3 – Eliminação e Troca, na classe de função urinária (“Alteração da eliminação urinária”).

c) Domínio 4 – Atividade/Repouso, nas classes de atividade e exercício (“Mobilidade física prejudicada”), respostas cardiovasculares/pulmonares (“Risco para função respiratória alterada”, “Padrão respiratório ineficaz”, “Incapacidade para manter respiração espontânea”, “Alteração na perfusão tissular: periférica”) e autocuidado (“Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”).

d) Domínio 11 – Segurança/Proteção, nas classes de infecção (“Risco para infecção”) e lesão física (“Risco para prejuízo da integridade da pele”, “Integridade da pele prejudicada”, “Integridade tissular prejudicada”).

e) Domínio 12 – Conforto, na classe de conforto físico (“Dor aguda”).

Esses dados, quando remetidos ao referencial de Horta (1979), enquadram-se nas necessidades psicobiológicas, que são comuns a todos os seres vivos, nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica.

Não se encontrou nenhum diagnóstico mais freqüente relacionado às necessidades psicossociais e nem às psicoespirituais. Por um lado, compreende-se este dado em função da gravidade do estado de saúde física dos pacientes atendidos num CTI e a importância de priorizar o cuidado a estas necessidades afetadas. Entretanto, questiona-se a ausência de diagnósticos referentes às necessidades psicossociais e psicoespirituais, já que se sabe que os pacientes internados num CTI, em grande parte, também apresentam dificuldades como as relacionadas à comunicação, ao isolamento social, à ansiedade, ao medo e ao sofrimento espiritual, só para citar algumas.

Em acordo a esses achados, outros estudos também descrevem o maior número de diagnósticos de enfermagem ligados às necessidades psicobiológicas e

comentam que as enfermeiras são tradicional e historicamente reconhecidas por prestarem o cuidado, todavia, elas parecem não conseguir ampliar a sua abrangência de modo a incluir os problemas emocionais e psicoespirituais dos pacientes (CARMAGNANI; CUNHA; BEHLAU, 2003; MARIA, 1997).

Então, haveria dificuldade das enfermeiras em estabelecer diagnósticos que envolvem as áreas psicossocial e psicoespiritual, já que sabidamente ainda se trabalha sob forte predomínio da influência do modelo biomédico, evidenciado no conjunto de diagnósticos analisados? Ou, realmente, tais diagnósticos não são tão frequentes num CTI?

Estes questionamentos não têm a intenção de diminuir a importância do modelo biomédico, uma vez que a enfermeira, ao realizar o processo diagnóstico, também utiliza os sinais e sintomas evidenciados pelas doenças e seus tratamentos, estabelecendo cuidados que contribuem para amenizar e ou resolver o problema. Destaca-se, ainda, que muitos desses sinais e sintomas são incluídos como características definidoras dos diagnósticos de enfermagem, cuja identificação se constitui numa atividade da disciplina e, portanto, é fundamental à prática da Enfermagem.

Entretanto, é importante lembrar que a enfermeira, mesmo a de CTI, necessita, em suas ações de cuidado, estar atenta ao conjunto de necessidades do paciente e não somente às ligadas a um ou outro aspecto, pois, como diz Horta (1979, p. 40), *“as necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível, não é a soma das partes”*.

Quanto aos tipos de diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados, verifica-se que 12 são diagnósticos reais, ou seja, descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais existentes, sustentados por suas características definidoras. Os quatro demais são diagnósticos de risco, descrevendo respostas humanas a condições de saúde/processos vitais, que podem envolver um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis, sendo sustentados por fatores de risco (NANDA, 2006).

A presença da maioria dos diagnósticos reais evidencia a necessidade de a assistência de enfermagem ser voltada à recuperação da saúde. Entretanto, a identificação dos diagnósticos de risco também demonstra, de certo modo, a preocupação das enfermeiras com aspectos preventivos no atendimento de sua clientela. Percebe-se que o conceito de risco apontado no modelo epidemiológico pôde ser identificado aqui em 4 dos 16 diagnósticos de enfermagem mais frequentes, o que demonstra que a prevenção do risco perpassa as ações de cuidado de enfermagem nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Corroborando esse achado, encontra-se na literatura pesquisada resultado com idéia semelhante (BARROS, 1998).

Com relação à análise da frequência de ocorrência dos diferentes diagnósticos de enfermagem, considerando-se as áreas que compõem o CTI como unidades independentes (Área 1; Área 2 e POCC), o que se observa é que as categorias diagnósticas mais frequentes são as mesmas.

O que chama a atenção é o fato de que a área de pós-operatório de cirurgia cardíaca, apesar de internar pacientes com um perfil fisiopatológico diferenciado em relação às outras duas áreas da unidade, em função de estes terem sido submetidos a procedimentos cirúrgicos cardiovasculares de grande porte, apresentam diagnósticos de enfermagem de maior frequência similares aos atribuídos aos demais pacientes internados no CTI. Os diagnósticos de enfermagem que podem ser considerados como mais específicos para esses pacientes, como “Alteração na perfusão tissular: periférica”, “Risco para déficit no volume de líquidos”, “Déficit no volume de líquidos” e “Risco para disfunção vascular”, apareceram com percentuais bem menores (Tabela 3).

Isso suscita algumas inquietações e interpretações, dentre as quais a possibilidade de existir dificuldade entre as enfermeiras para realizar diagnósticos de enfermagem precisos, isto é, sem que levem em conta os principais fatores relacionados/risco, bem como as características definidoras, de maneira acurada. Sobre essa questão, é preciso enfatizar que a enfermeira, ao fazer um diagnóstico e escolher a melhor intervenção/atividade a ser implementada, deve relacioná-la à

etiologia do diagnóstico feito, pois sabe-se que, dependendo desta, diferentes cuidados podem ser eleitos para um mesmo diagnóstico de enfermagem, com vistas a obter o melhor resultado.

Segundo alguns autores, os profissionais de saúde habitualmente interpretam as respostas dos pacientes a problemas de saúde e a processos de vida e proporcionam intervenções para tal, porém a precisão de suas interpretações geralmente não é considerada nem questionada. Assim, a interpretação das respostas humanas (diagnósticos) é um desafio complexo, e o risco de baixa precisão está sempre presente (LEVIN; LUNNEY; KRAINOVICH-MILLER, 2004; LUNNEY, 2003a, 2003b, 2003c, 2004).

Para esses mesmos autores, três categorias afetam o resultado ou a precisão da interpretação das respostas humanas: a tarefa diagnóstica, o contexto da situação e o diagnosticista. Além disso, consideram que para conseguir coletar os dados dos pacientes que sejam realmente válidos e adequados a cada caso o diagnosticador deve ter tanto habilidades técnicas como interpessoais. Eles ainda referem que para fazer interpretações precisas, de forma que as intervenções sejam apropriadas e os seus resultados positivos devem ser empregadas habilidades intelectuais, tais como o conhecimento científico e o pensamento crítico. Conforme essas idéias, se as enfermeiras fizerem esforços para melhorar suas habilidades para diagnosticar, a precisão diagnóstica em enfermagem também melhorará. Por último os autores afirmam que a precisão diagnóstica implica mais do que domínio técnico, exigindo dos profissionais capacidade para se relacionar bem com os pacientes e familiares, de modo que tenham condições para validar junto a esses os dados coletados e interpretados, de acordo com a sua visão e vivência.

Essas nem sempre são tarefas fáceis, pois elas exigem da enfermeira, além de conhecimento científico, habilidades no processo de raciocínio diagnóstico e tomada de decisão clínica. Assim, diante das evidências levantadas, questiona-se: Será que as enfermeiras de CTI ainda estão presas à resolução de diagnósticos que requerem cuidados ligados ao domínio fisiológico básico, não aprofundando os conhecimentos necessários para realizar diagnósticos que requerem intervenções ligadas ao domínio

fisiológico complexo? Entende-se que esta seria mais uma questão a ser pesquisada, para evidenciar, quem sabe, outros elementos capazes de permitir respostas que colaborem com o avanço do conhecimento da Enfermagem.

Outro ponto a ser considerado são as possibilidades que o sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA apresenta. O fato de ele proporcionar diferentes caminhos para eleger o diagnóstico e os cuidados a serem prescritos pode levar profissionais menos experientes a diagnosticar de forma imprecisa e automática, pela facilidade que a informatização oferece no acesso aos diagnósticos. Isso reforça a necessidade de um processo de educação continuada das enfermeiras, no aprofundamento do conhecimento do processo diagnóstico, na utilização do sistema informatizado e nas questões éticas que implica o uso de uma classificação, o que já vem sendo feito de várias formas no Hospital.

A média de diagnósticos de enfermagem por internação encontrada foi de 6,9 (Tabela 6), muito parecida com os dados de estudos realizados com pacientes de outras unidades de terapia intensiva e de tratamento de coronarianos em estado crítico, que apresentam média de oito diagnósticos de enfermagem por paciente internado (MARIA, 1997; PASINI *et al.*, 1996).

Já em estudos realizados em diferentes unidades de internação clínica e cirúrgica, a média apontada é mais baixa, de 5,6 e 3,75 diagnósticos por paciente. Essas médias, inferiores às anteriores referidas, talvez se devam ao fato de esses estudos não terem ocorrido em unidades de pacientes críticos, onde sabidamente o estado dos pacientes é mais grave e, conseqüentemente, há maiores comprometimentos na saúde e, assim, uma provável identificação de um número maior de diagnósticos de enfermagem (BARROS, 1998; VOLPATO, 2001).

É possível que a média dos diagnósticos por internação encontrada hoje no CTI/HCPA já seja menor do que a observada nesta pesquisa, considerando-se que as informações foram colhidas no período de julho a dezembro de 2003, quando o modelo de prescrição apoiado nos diagnósticos de enfermagem ainda era recente. Sabe-se que, à medida que as enfermeiras vão se tornando *experts* no uso das terminologias e mais precisas no raciocínio diagnóstico, a tendência é elas fazerem

diagnósticos mais precisos e em menor número, priorizando o que realmente é essencial ao cuidado do paciente (LUNNEY, 2003a). Considera-se, atualmente, essa possibilidade, em função de o modelo de prescrição de enfermagem, apoiado numa terminologia diagnóstica, estar implantado no HCPA há mais de cinco anos, o que favorece o aperfeiçoamento das enfermeiras nessa área. Além disso, elas estão em constante processo de educação continuada, o que sem dúvida pode colaborar para essa especialização.

Partindo-se para uma discussão mais específica dos seis diagnósticos de enfermagem selecionados para nortear o mapeamento cruzado, ou seja, “Risco para infecção”, “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”, “Padrão respiratório ineficaz”, “Incapacidade para manter respiração espontânea”, “Mobilidade física prejudicada” e “Risco para prejuízo da integridade da pele”, observa-se que eles se localizam nos domínios 4 e 11 da NANDA, sendo quatro diagnósticos do tipo real e dois de risco, conforme já apresentado nesta discussão (LUCENA; BARROS, 2006b, 2006c; NANDA, 2006).

No que se refere aos percentuais por internação dos seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente identificados, verifica-se que eles se assemelham aos dados descritos na literatura pesquisada.

Os diagnósticos de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene” e “Risco para infecção”, aqui encontrados com percentuais acima de 95%, também apresentam alta freqüência de ocorrência em outros estudos. Pesquisas com pacientes de unidades de terapia intensiva, de transoperatório e pós-operatório de cirurgia cardíaca, coronarianos críticos, submetidos a cirurgia abdominal, a transplante hepático e de clínica médico-cirúrgica, além das desenvolvidas com pacientes de cuidado domiciliar, ambulatorial e de saúde coletiva, descrevem esses diagnósticos de enfermagem como muito freqüentes, com percentuais chegando, em alguns casos, a 100%, o que demonstra as suas altas ocorrências na prática cotidiana de enfermagem (CAMIÁ; MARIN; BARBIERI, 2001; CANERO; CARVALHO; GALDEANO, 2004; FLÓRIO; GALVÃO, 2003; GALDEANO *et al.*, 2003; GUERRIERO; GUIMARÃES; MARIA, 2000; KILLEN *et al.*, 1997; MARIA, 1997;

PASINI *et al.*, 1996; PICOLI; GALVÃO, 2001; RIVERA; PARRIS, 2002; VENTURA, 2001; VOLPATO, 2001; YOM; CHI; YOO, 2002).

Quanto aos diagnósticos “Padrão respiratório ineficaz” e “Incapacidade para manter respiração espontânea”, encontrados com percentuais de 49,8% e 43,1%, respectivamente, é possível observar percentuais semelhantes em estudos realizados numa unidade de terapia intensiva e também com pacientes submetidos a cirurgia abdominal (VENTURA, 2001; YOM; CHI; YOO, 2002).

Já em pesquisa com pacientes no primeiro pós-operatório de cirurgia cardíaca, esse percentual foi bem mais elevado, sendo descrito em 100% dos casos (GUERRIERO; GUIMARÃES; MARIA, 2000). Isso, obviamente, é explicável, em função de os pacientes terem se submetido a uma cirurgia de grande porte, que requer intubação endotraqueal e ventilação mecânica, além de terem sido avaliados no primeiro pós-operatório, quando a maioria deles ainda não possui condições para manter ventilação espontânea.

Outros estudos, apesar de referirem esses diagnósticos como frequentes, não apontam percentuais tão elevados. O que poderia explicar essa diferença é o fato de essas pesquisas terem sido desenvolvidas em diferentes unidades de internação hospitalar, em que a gravidade dos pacientes é supostamente menor do que num CTI (BARROS, 1998; VOLPATO, 2001).

O diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”, identificado nesta investigação em 59,3% das internações, foi descrito em diferentes estudos com percentuais também elevados, o que demonstra a sua grande frequência e, portanto, que ele constitui um importante problema de enfermagem, requerendo organização e cuidados especiais no atendimento desses pacientes (BARROS, 1998; GUERRIERO; GUIMARÃES; MARIA, 2000; MARIA, 1997; PASINI *et al.*, 1996; VENTURA, 2001; VOLPATO, 2001).

Por sua vez, o resultado referente ao diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele”, aqui encontrado em 40,7% das internações é semelhante ao achado de 47,8% da pesquisa de Maria (1997). O estudo de Volpato (2001),

apresenta 26,6%. Embora este último percentual seja menor, mesmo assim se trata de um dos diagnósticos mais freqüentes nas unidades de internação médico-cirúrgicas estudadas pela pesquisa. Portanto, a Enfermagem necessita estar alerta para os cuidados demandados por estes pacientes.

Quanto aos fatores relacionados/risco, ressalta-se que, embora não sejam objeto de estudo direto nesta pesquisa, eles são importantes informações quando se trata de escolher as intervenções adequadas aos resultados esperados (LUCENA; BARROS, 2006c)

Sobre isso, destaca-se que o diagnóstico “Déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene” apresentou dez fatores relacionados, sendo os mais freqüentes as terapias restritivas, a atividade neuromuscular prejudicada, a evolução da doença, a imobilidade e a dor. O diagnóstico “Risco para infecção” apresentou seis fatores de risco, tendo o fator mais freqüente sido procedimento invasivo, que atingiu percentual próximo a 100%. O diagnóstico “Mobilidade física prejudicada” apresentou oito fatores relacionados, com os mais freqüentes sendo as terapias restritivas, a atividade neuromuscular prejudicada e a dor. O diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” apresentou dez fatores relacionados; os mais freqüentes foram a atividade neuromuscular prejudicada, a dor, a congestão, o processo infeccioso das vias aéreas e a fadiga. O diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” apresentou três fatores relacionados, sendo a atividade neuromuscular prejudicada e o processo infeccioso das vias aéreas os mais freqüentes. O diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele” apresentou seis fatores de risco, sendo os mais freqüentes a imobilidade e os fatores mecânicos (Tabela 5).

Fazendo-se uma análise sucinta desses dados e dos cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de enfermagem selecionados, é possível inferir que existe relação entre eles e que, possivelmente, eles foram considerados pelas enfermeiras ao prescrever suas intervenções.

Indícios disso é o seu percentual de freqüência poder, em certos casos, ser associado aos percentuais de freqüência de vários cuidados prescritos. Exemplo claro é o fator de risco procedimento invasivo, para o diagnóstico “Risco para

infecção”. Ele apresentou um percentual por internação de 99,8%, e os cuidados de enfermagem prescritos para esse diagnóstico evidenciam um grande número de procedimentos invasivos executados no CTI, como, por exemplo, punção venosa, inserção de cateter venoso central, sondas, drenos, tubos, etc.

Da mesma forma, outros fatores relacionados/risco também apontam determinados cuidados de enfermagem prescritos. Todavia, não se pode afirmar que eles tenham sido sempre levados em consideração pelas enfermeiras ao prescrever, pois, para isso, seria necessária uma análise detalhada e verticalizada de cada um dos cuidados prescritos, relacionando-os aos fatores relacionados/risco para cada diagnóstico de enfermagem, o que não é propósito deste estudo.

Ressalta-se que os 212 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos mais frequentes foram mapeados, na maioria das vezes, em intervenções prioritárias para os diagnósticos, e situadas nos domínios fisiológico complexo e fisiológico básico da NIC (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b). Esses resultados serão melhor discutidos na fase seguinte.

## **6.2 Segunda fase: mapeamento cruzado**

Os resultados obtidos durante o mapeamento cruzado serão abordados em dois momentos. No primeiro, discutem-se os pontos relativos às prescrições de cuidados e o seu mapeamento cruzado com a NIC, considerando-se cada um dos seis diagnósticos de enfermagem que serviram de base para esse processo. No segundo, discutem-se aspectos gerais que permearam todo o processo de mapeamento cruzado. Optou-se por essa forma de apresentação em função das numerosas informações obtidas e pela preocupação em torná-las de fácil leitura e compreensão.

### **6.2.1 Mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem e a NIC**

Inicia-se essa fase com os dados referentes ao diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”, seguidos pelos dados dos diagnósticos “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”, “Padrão respiratório ineficaz”, “Incapacidade para manter respiração espontânea”, “Mobilidade física prejudicada” e “Risco para prejuízo da integridade da pele”.

Enfatizam-se, nesse momento de discussão, os motivos que justificaram o mapeamento do cuidado prescrito para cada um desses seis diagnósticos de enfermagem, particularmente quando esse ocorreu em mais de uma intervenção *NIC* ou, ainda, quando o mapeamento não foi possível por não se identificar similaridade entre eles.

- **“Risco para infecção”**

O mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com o diagnóstico “Risco para infecção” e a *NIC* identificou que existe similaridade em 93,6% dos casos analisados. Somente 6,4% dos cuidados não apresentou similaridade com a classificação. Esse mapeamento utilizou 28 diferentes intervenções da *NIC*, sendo a mais frequentemente usada “Controle de infecção”, que se encontra no nível prioritário da classificação (Quadro 2; Quadro 3; Tabela 14).

Chama a atenção o alto percentual de cuidados prescritos com similaridade com a *NIC*, o que demonstra a existência de correspondência entre a prática desenvolvida no CTI/HCPA, em termos de prescrição de enfermagem, e o proposto pela *NIC* para este diagnóstico (Tabela 14).

Destaca-se, também, a identificação da intervenção prioritária “Controle de infecção” como a mais utilizada no mapeamento cruzado, o que reforça a sua importância na assistência de enfermagem dos pacientes com esse diagnóstico, além de também corroborar o que foi prescrito no CTI/HCPA (Quadro 3).

Dos 44 cuidados prescritos com similaridade na *NIC*, 11 (23,4%) foram mapeados em mais de uma intervenção. Esse fato foi atribuído basicamente a dois fatores: a diferenças na terminologia usada nas prescrições e na *NIC*, o que pode dar margem, em alguns casos, a mais de uma interpretação para o que está sendo mapeado, mesmo com o uso de regras apropriadas; e a própria *NIC*, que, em várias situações, apresenta atividades semelhantes ou até iguais para diferentes intervenções.

Também houve alguns cuidados que foram mapeados nas intervenções mas não nas atividades. Isso ocorreu porque o cuidado prescrito envolve um conjunto de cuidados não especificados na prescrição analisada (situação evidenciada durante o estudo piloto, que levou à construção de regras específicas) ou porque não se encontrou na intervenção nenhuma atividade correspondente ao prescrito.

Entre os casos em que o mapeamento aconteceu em mais de uma intervenção *NIC*, encontra-se o cuidado “Implementar rotina de cuidados com nutrição parenteral total (NPT)”, mapeado na intervenção “Controle de infecção” e também na “Administração de nutrição parenteral total - NPT ”.

O primeiro mapeamento se entende como adequado, pelo fato de sabermos que os pacientes em NPT estão expostos ao risco de infecções, seja pela manipulação do cateter seja pelos próprios componentes desse tipo de nutrição, que favorecem o risco de contaminação (ANDRADE, 1998; SWEARINGEN; KEEN, 2005). No entanto, existe na *NIC* uma intervenção mais específica para os pacientes sob este tratamento – “Administração de nutrição parenteral total (NPT) ” – em que é listada uma série de atividades a serem implementadas. Não haveria dúvida no mapeamento se essa intervenção estivesse listada como uma das intervenções ligadas ao diagnóstico “Risco para infecção”. Como isso não ocorre, optou-se por mapear o cuidado prescrito nas duas intervenções possíveis, pois se acredita que esta última intervenção poderia ser uma adicional optativa ao diagnóstico em questão.

O mesmo ocorre com a prescrição do cuidado “Implementar rotina de cuidados na punção venosa” mapeado nas intervenções “Cuidados com lesões” e “Inserção endovenosa”, e com a prescrição do cuidado “Implementar rotina de cuidados com soroterapia”, que foi mapeado nas intervenções “Controle de líquidos/eletrólitos” e “Terapia endovenosa”. Entende-se que as intervenções mais específicas e com maior similaridade às prescrições são as apresentadas aqui em segundo lugar, porém estas, também, não constam entre as ligadas ao diagnóstico verificado, o que demonstra, de certa forma, a necessidade de elas serem inseridas na listagem apresentada pela *NIC*. Pensa-se que isso seria válido devido ao fato de essas intervenções estarem relacionadas com procedimentos invasivos, o que pode aumentar a possibilidade de “Risco para infecção” (ANDRADE, 1998; SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Os cuidados “Realizar curativos” e “Avaliar aspecto da ferida operatória” foram mapeados nas intervenções “Cuidados com lesões” e “Cuidados com local da incisão”. Avalia-se que faltaram alguns dados na prescrição do cuidado de

enfermagem que possibilitassem a escolha entre uma ou outra intervenção, já que ambas são bastante semelhantes. Por um lado, pensa-se que é importante acrescentar na prescrição o local em que o curativo deve ser realizado, pois simplesmente prescrever “Realizar curativos” é amplo e vago, dando margem a mais de uma interpretação. Por outro lado, entende-se que a *NIC* também aceita o mapeamento em qualquer das duas intervenções, já que uma ferida operatória é também um tipo de lesão.

Outro ponto a ser discutido é o mapeamento de 11 cuidados de enfermagem (23,4%) em intervenções não ligadas pela *NIC* ao diagnóstico “Risco para infecção”.

Em relação a isso, considera-se que a intervenção “Administração de medicamentos”, em que foi mapeada a prescrição “Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos”, poderia ser incluída na lista das intervenções adicionais optativas ao diagnóstico, já que ela envolve a possibilidade de expor o paciente à situação de risco para infecção, seja pelo preparo/administração seja até mesmo por um efeito colateral da droga administrada. Observa-se que a *NIC* liga ao diagnóstico “Risco para infecção” a intervenção “Controle de medicamentos”, que é utilizada na facilitação do uso seguro desses. Entretanto, a intervenção “Administração de medicamentos”, que envolve o preparo, a administração e a avaliação da eficácia da droga não está ligada àquele diagnóstico (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Semelhante é o caso dos cuidados “Implementar rotina de cuidados com tubo endotraqueal - TET” e “Implementar rotina de cuidados com traqueostomia”, mapeados na intervenção “Controle de vias aéreas artificiais”. Encontra-se ligada ao diagnóstico somente a intervenção “Controle de vias aéreas”, deixando-se, com isso, em aberto os casos que necessitam de vias artificiais, os quais, se sabe, implicam procedimentos invasivos, como a inserção de tubo endotraqueal ou traqueostomia, que se constituem em fatores de grande risco para infecção (ANDRADE, 1998; SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Também se entende como importante a sugestão de ligar ao diagnóstico “Risco para infecção”, como intervenções adicionais optativas, as intervenções

“Ensino: procedimento/tratamento”, “Orientação antecipada”, “Suporte à família”, “Suporte emocional” e “Redução da ansiedade”, nas quais foram mapeados os cuidados de “Orientar paciente”, “Orientar familiares sobre o cuidado”, “Orientar a família”, “Tranquilizar o paciente” e “Explicar previamente os procedimentos”, já que as atividades de orientação, ensino e apoio podem ser fundamentais na prevenção, tratamento e recuperação dos pacientes, principalmente quando expostos a uma determinada situação de risco (SILVA; NAKATA, 2005).

Entretanto, é fundamental avaliar, também, que esses cuidados, como estão prescritos no HCPA, são, de certa forma amplos e, assim, podem ser utilizados para pacientes com diferentes diagnósticos de enfermagem. O que se sugere é que eles sejam melhor especificados, pois assim poderiam ser adequados a um ou outro diagnóstico, de acordo com as características definidoras e fatores relacionados. Como exemplo, cita-se o cuidado “Orientar pacientes e familiares sobre prevenção de infecção”, que foi mapeado na intervenção “Proteção contra infecção” e na atividade “Ensinar ao paciente e aos familiares a forma de evitar infecções”. Nota-se que aqui a atividade está direcionada à questão da prevenção da infecção, o que tornou claro a que se propunha a orientação.

Também sobre as intervenções “Ensino: processo de doença”, “Ensino: procedimento/tratamento” e “Orientação antecipada”, observa-se que a NIC não contempla em suas definições a assistência, o preparo, a orientação ou o ensino aos familiares, referindo-se somente aos pacientes. Todavia, essas intervenções listam atividades que dizem respeito à família, o que reforça a idéia de que ela é importante para o efetivo cuidado ao paciente, devendo, para tanto, também receber a atenção da Enfermagem no que diz respeito às atividades de ensino e orientação (KONOPKA, 2000; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b). Em função disso, pensa-se que a definição da NIC para essas intervenções devesse contemplar também a família e não somente o paciente.

Ainda sobre a sugestão de ligação de intervenções ao diagnóstico “Risco para infecção”, tem-se a intervenção “Assistência no autocuidado”, utilizada no mapeamento dos cuidados prescritos “Estimular o autocuidado”, “Supervisionar

autocuidado” e “Orientar para autocuidado”, que poderia constar como adicional optativa desse diagnóstico, já que do bom desempenho do autocuidado do paciente também depende o maior ou menor risco para infecção, em muitos dos casos.

Quanto às prescrições de “Promover segurança e conforto” e “Tranquilizar o paciente” mapeadas nas intervenções “Aumento da segurança” e “Redução da ansiedade”, concorda-se com a *NIC* de que elas não precisam necessariamente estar ligadas ao diagnóstico “Risco para infecção”, pois se trata de intervenções mais relacionadas a diagnósticos que possam ter como sinais e sintomas a ansiedade, a insegurança e o desconforto. Assim, esses cuidados não necessitariam constar do sistema de prescrição do CTI/HCPA como uma opção para os pacientes com esse diagnóstico de enfermagem, mas sim para outros, de forma mais específica.

Encontra-se ainda o cuidado prescrito de “Implementar cuidados de rotina com colostomia/ileostomia”, mapeado na intervenção “Cuidados com ostomias”, e a prescrição de “Colocar dispositivo de incontinência urinária”, mapeada na intervenção “Cuidados na incontinência urinária”, os quais parecem estar mais especificamente ligados a outros diagnósticos de enfermagem, que não o “Risco para infecção”. Essa talvez seja a razão para as intervenções em que foram mapeados não estarem listadas na *NIC* como ligadas a esse diagnóstico.

Essa situação gerou um questionamento: Não poderiam esses cuidados ser mapeados na intervenção “Proteção contra infecção” e na atividade “Monitorar vulnerabilidade à infecção”? Observa-se que a *NIC* é pouco precisa nesta atividade, deixando margem para esse mapeamento, já que existem muitas situações vulneráveis à infecção. Pensando por esse caminho, seria possível mapear aí todas os cuidados prescritos relacionados a procedimentos invasivos, que não foram mapeados em intervenções ligadas ao diagnóstico “Risco para infecção”, mas em intervenções que se entendeu como mais específicas a cada caso ou, até mesmo, não os mapeando.

Por outro lado, também pode-se interpretar os cuidados referidos como cuidados que não deveriam ser oferecidos pelo sistema de prescrição de enfermagem do HCPA, como relacionados ao diagnóstico “Risco para infecção”, mas sim como

relacionados a outros mais precisos. A decisão de prescrever tais cuidados talvez demonstre pouca acurácia de alguns profissionais ao diagnosticar e ao prescrever as intervenções mais apropriadas a cada caso. Para responder a essa dúvida, outros estudos precisariam ser realizados em maior profundidade e com o objetivo específico de estudar a precisão diagnóstica e de intervenção de enfermagem, com base em resultados. De qualquer forma, o aspecto discutido parece ser importante no contexto estudado.

Em relação às prescrições não mapeadas em intervenções e atividades *NIC*, verifica-se que, no caso do cuidado prescrito para o procedimento de fibrobroncoscopia, não existe intervenção específica correspondente na *NIC*, o que deixa uma lacuna quanto às atividades necessárias aos pacientes submetidos à realização desse procedimento. É importante dizer que se buscou, sem sucesso, por atividades relacionadas a esse procedimento em todas as intervenções *NIC* relacionadas com o trato respiratório.

Quanto às intervenções para o cuidado com os cateteres arteriais, encontram-se algumas atividades listadas na intervenção “Cuidados com lesões”, todavia relacionadas somente aos cateteres venosos. Pesquisando um pouco mais na classificação, encontra-se a intervenção “Manutenção de dispositivos para acesso venoso”, que lista atividades para o manuseio de acesso venoso prolongado, apresentando ações mais relacionadas aos cateteres implantados, e a intervenção “Cuidados com cateter central inserido periféricamente”, que se relaciona aos casos de inserção de cateter venoso periférico, conforme pode ser observado pelas atividades que apresenta. Ainda se encontra a intervenção “Punção de vaso arterial: amostra de sangue arterial”, mas, como define o seu conceito, essa intervenção se restringe aos casos de punção para amostra de sangue arterial, não prevendo a manutenção de um cateter na artéria.

Assim, nenhuma dessas intervenções se refere aos cuidados com os cateteres arteriais e nem está ligadas ao diagnóstico “Risco para infecção”, o que impede o mapeamento da prescrição “Implementar rotina de cuidados com cateter arterial”. Portanto, a falta de uma intervenção na *NIC* que contemple atividades de

enfermagem ao cuidado e manutenção de cateteres arteriais constitui-se, sob nosso ponto de vista, numa falta a ser corrigida pela classificação.

No cuidado em que foi prescrito “Registrar aspecto da secreção”, o mapeamento não foi possível porque ele estava descrito de forma genérica. O fato de a prescrição não referir o que exatamente precisa ser visto e em que local, para depois poder registrar, impede que se saiba a que tipo de secreção ela se refere: se pulmonar, se gástrica, de alguma lesão, etc. Assim, torna-se impossível estabelecer relação entre o referido cuidado e uma intervenção/atividade *NIC* no processo de mapeamento.

Por último, observou-se que existem algumas situações em que a tradução da classificação para o português dá um sentido diferente ao encontrado no original em inglês. Cita-se, como exemplo, a atividade de “Oferecer quarto particular, conforme a necessidade”, dentro da intervenção “Proteção contra infecção”, quando no original se lê “*Provide private room, as needed*”. Avalia-se diante do proposto na intervenção, ou seja, prevenção e detecção precoce de infecção em paciente de risco, que não se trata de “oferecer um quarto particular”, mas sim de “providenciar um quarto individual”, conforme a necessidade (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004b). Na cultura brasileira, falar de “quarto particular” é entendido como uma situação em que o paciente paga por isto e não como uma situação em que se deva estar sozinho num quarto, devido a uma condição clínica especial.

Outra imprecisão da tradução foi identificada na intervenção “Administração de medicamentos”, que descreve a atividade “Seguir os cinco direitos da administração de medicamentos”, que em inglês diz-se “*Follow the rights of medication administration*”. Tem-se a opinião de que a tradução mais adequada seria “Seguir as cinco certezas ou os cinco certos ou as cinco regras da administração de medicamentos”. Esta atividade ainda pode ser encontrada, sempre com a mesma tradução, em outras intervenções relacionadas à administração de medicação, o que compromete, de certa forma, a sua compreensão na língua portuguesa (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004b).

- **“Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”**

O mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com o diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene” e a *NIC* identificou similaridade em 100% dos casos analisados, o que demonstra a correspondência entre a prática desenvolvida no CTI/HCPA, em termos de prescrição de enfermagem, e o proposto pela *NIC* para esse diagnóstico (Quadro 4;Tabela 14).

Nesse mapeamento, foram utilizadas 18 diferentes intervenções da *NIC*, sendo a mais frequentemente usada a intervenção prioritária “Banho”, fato que reforça a sua importância na assistência de enfermagem dos pacientes com este diagnóstico, além de também corroborar a adequação das prescrições realizadas no CTI/HCPA (Quadro 5).

Dos 34 cuidados com similaridade na *NIC*, 18 (52,9%) foram mapeados em mais de uma intervenção. Essa situação ocorreu, em especial, neste mapeamento, pelo fato de a *NIC* apresentar várias atividades semelhantes em diferentes intervenções ligadas ao diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. São exemplo disso as atividades de “Lavar o cabelo, conforme necessário ou desejado”, apresentada na intervenção “Banho”, e “Lavar os cabelos, conforme a necessidade e o desejo”, apresentada na intervenção “Cuidados com os cabelos”.

Alguns cuidados foram mapeados apenas nas intervenções, sem que o fossem nas atividades. Isso ocorreu ou porque essas prescrições remetem a um conjunto de cuidados a serem realizados e não a uma única atividade ou, simplesmente, porque não se verificou atividade correspondente ao cuidado prescrito.

Nos cuidados prescritos em que o mapeamento aconteceu em mais de uma intervenção, incluem-se os casos “Auxiliar no banho de chuveiro” e “Levar o paciente ao chuveiro”, mapeados nas intervenções “Banho” e “Assistência no autocuidado: banho/higiene”. Ambas as intervenções *NIC* dizem respeito ao

banho/higiene, contemplando atividades correspondentes aos cuidados prescritos. Entretanto, fica como sugestão avaliar a necessidade de manter esses dois cuidados no sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA, já que são atividades muito semelhantes. “Auxiliar no banho de chuveiro”, na grande maioria das vezes, senão sempre, também implica levar o paciente ao chuveiro; assim, poderia ser suprimido o cuidado “Levar o paciente ao chuveiro”.

Semelhante é o caso encontrado nas prescrições dos cuidados “Providenciar equipamento auxiliar para o banho” e “Organizar material para banho”, também mapeados nas intervenções “Banho” e “Assistência no autocuidado: banho/higiene”. Também aqui um deles poderia ser escolhido como o mais adequado, suprimindo-se o outro do sistema informatizado, contribuindo-se com a padronização da linguagem usada no Hospital e tornando o sistema mais ágil.

Em relação aos cuidados prescritos “Proporcionar privacidade durante a rotina do banho”, “Proporcionar horário adequado para o banho” e “Estimular os cuidados de higiene”, também mapeados nas intervenções de “Banho” e “Assistência no autocuidado: banho/higiene”, não foi possível mapear a correspondência em atividades dessas intervenções, já que a NIC não aponta nenhuma que contemple a privacidade e o horário do banho do paciente, bem como o estímulo para a higiene pessoal.

Essas são questões amplamente discutidas nas escolas de enfermagem durante o ensino de fundamentos das necessidades de manutenção e integridade corporal. Vários livros textos e artigos científicos sobre o tema também salientam a importância desses cuidados, o que reafirma, de certa forma, a necessidade da criação de atividades mais específicas às intervenções apontadas pela NIC como prioritárias para o diagnóstico em estudo (ATKINSON; MURRAY, 1989; MACIEL; BOCCHI, 2006; PRADO; GELBCKE, 1999).

Os cuidados “Implementar rotina de cuidados para higiene oral” e “Auxiliar o paciente na higiene oral” foram mapeados nas intervenções “Assistência no autocuidado: banho/higiene” e “Manutenção da saúde oral”, uma vez que se encontrou similaridade entre a definição dessas intervenções e as atividades listadas

por elas. Salienta-se que a intervenção “*Oral health maintenance*”, na versão em português, está traduzida como “Manutenção da higiene oral” na página 885 da NIC, mas na página 611, encontra-se como “Manutenção da saúde oral”, que sob nosso ponto de vista é o correto (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004b).

O cuidado “Realizar higiene perineal após cada evacuação” foi mapeado nas intervenções “Banho” e “Cuidados com o períneo”, as quais apresentam atividades específicas que correspondem a esse cuidado. Entretanto, ele também foi mapeado na intervenção “Assistência no autocuidado: higiene íntima”, por se considerar que essa intervenção, bem como a atividade listada “Facilitar a higiene íntima, após o término da eliminação”, apresenta ainda maior similaridade com o cuidado prescrito, apesar de não estar ligada ao diagnóstico em questão.

O cuidado “Supervisionar o cuidado corporal” foi mapeado nas intervenções de “Assistência no autocuidado: banho/higiene” e “Supervisão”, pois nas duas existem similaridades com o cuidado prescrito, seja pela definição da intervenção seja pela presença de atividade correspondente ao cuidado prescrito. Nota-se que a intervenção “Supervisão” não consta da lista das intervenções ligadas ao diagnóstico “Déficit para o autocuidado: banho e/ou higiene”; entretanto, ela apresenta de forma clara a atividade “Monitorar a capacidade do paciente para o autocuidado”, que pode ser utilizada para o diagnóstico aqui referido.

O cuidado “Apoiar o paciente e a família” pôde ser mapeado nas intervenções “Suporte emocional” e “Suporte à família”, pois suas definições são similares ao cuidado prescrito. Todavia, não se encontraram atividades com similaridade, talvez por ser esta uma prescrição realizada de forma geral, que não especifica uma atividade em si, uma prescrição que deixa em aberto o modo de realizar o apoio, que poderia ser feito de diversas formas, conforme as atividades listadas por essas intervenções da NIC.

O cuidado “Manter a campainha ao alcance do paciente” foi mapeado nas intervenções “Posicionamento” e “Cuidado com o repouso no leito” pela similaridade com atividades apresentadas nessas intervenções. Apesar de a segunda intervenção mapeada não estar ligada ao diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho

e/ou higiene”, ela contempla na sua definição a necessidade de dar segurança do paciente incapacitado de sair do leito, caso de muitos pacientes internados na UTI. Após várias leituras da *NIC* e das intervenções que a compõem, observou-se, ainda, que essa atividade – “Colocar a campainha ao alcance” – talvez pudesse também constar nas intervenções “Supervisão: segurança”, “Aumento da segurança” e ou “Controle do ambiente”, pois todas elas descrevem na sua definição a preocupação com o ambiente e o provimento de segurança pelo benefício terapêutico que representa para o paciente (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Outros cuidados de enfermagem também foram mapeados em mais de uma intervenção não ligada ao diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. É o caso das prescrições “Orientar paciente” e “Orientar familiares sobre o cuidado”, cujo mapeamento ocorreu nas intervenções “Ensino: processo de doença”, “Ensino: procedimento/tratamento”, “Orientação antecipada” e “Suporte à família”. Entende-se que as atividades de orientação e ensino, realizadas por meio da comunicação com pacientes e familiares, bem como o apoio à família, são ações fundamentais na Enfermagem e que delas também depende a eficiência, a qualidade e a humanização do cuidado prestado (STEFANELLI, 1993). Assim, sugere-se que essas possam constar da listagem das intervenções adicionais optativas para o diagnóstico em questão. Entretanto, novamente, enfatiza-se a forma genérica como esses cuidados são prescritos no HCPA, o que pode levar a sua indicação para pacientes com diferentes diagnósticos de enfermagem.

Ainda em relação às intervenções não ligadas a esse diagnóstico, encontrou-se a intervenção “Controle da dor” no mapeamento do cuidado “Medicar para dor antes dos procedimentos”. Sabe-se que, com frequência, pacientes com déficit para o autocuidado também apresentam sinais ou sintomas de dor, necessitando de intervenção para o seu alívio antes da execução de um procedimento, no caso o banho e ou higiene. A própria *NANDA* apresenta a dor como um dos fatores relacionados a esse diagnóstico. Por esses motivos, sugere-se que esta intervenção passe a ser uma adicional optativa ao diagnóstico em questão (NANDA, 2006; SWEARINGEN; KEEN, 2005).

- **“Padrão respiratório ineficaz”**

O mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” e a *NIC* identificou similaridade em 96% dos casos. Somente em 4% não se identificou similaridade com a classificação. Esse mapeamento utilizou 25 diferentes intervenções da *NIC*, sendo a mais freqüentemente usada “Controle de vias aéreas”, que se encontra no nível prioritário da classificação (Quadro 6; Quadro 7; Tabela 14).

O grande percentual de cuidados prescritos com similaridade com a *NIC* demonstra que existe correspondência entre a prática desenvolvida no CTI/HCPA, em termos de prescrição de enfermagem, e o proposto pela *NIC* para esse diagnóstico (Tabela 14).

A identificação da intervenção prioritária “Controle de infecção” como a mais utilizada no mapeamento cruzado reforça a sua importância na assistência de enfermagem dos pacientes com este diagnóstico, além de também corroborar o que foi prescrito no CTI/HCPA (Quadro 7).

Dos 47 cuidados com similaridade na *NIC*, 25 (51%) foram mapeados em mais de uma intervenção *NIC*. Os motivos para que o mapeamento do cuidado prescrito acontecesse em mais de uma intervenção *NIC* ou somente na intervenção *NIC* sem o mapeamento na atividade foram os mesmos já descritos nos mapeamentos anteriores.

Entre os cuidados prescritos em que o mapeamento aconteceu em mais de uma intervenção, verifica-se os de “Vigiar padrão respiratório”, “Observar padrão ventilatório” e “Comunicar alterações do padrão ventilatório”, mapeados nas intervenções prioritárias “Monitorização respiratória” e “Controle de vias aéreas” e na intervenção sugerida “Assistência ventilatória”. O mapeamento ocorreu nas três intervenções, porque em todas houve semelhança entre o prescrito e o descrito na *NIC*, o que permitiu comparação em qualquer dos três casos. Existe na definição das

três intervenções a preocupação com a permeabilidade das vias aéreas e ou com uma adequada passagem de ar. Isso é reforçado pelas atividades propostas, em que a monitorização das condições respiratórias são claramente explicitadas (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Em função da semelhança existente entre esses três cuidados prescritos, talvez fosse mais adequado que o sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA apresentasse somente uma dessas alternativas, de preferência aquela que o grupo de enfermeiras do hospital entendesse como a mais clara e completa, o que contribuiria para a padronização das prescrições, já que os três cuidados implicam uma mesma ação, apenas descrita de diferentes formas.

Também se sugere que o cuidado a ser mantido no sistema de prescrição de enfermagem fosse melhor especificado quanto à ação nele envolvida, listando os itens a serem observados num processo de vigilância, observação ou monitoramento respiratório, tais como a frequência, o ritmo e a profundidade das respirações do paciente.

Entre outros cuidados também mapeados em mais de uma intervenção, está a prescrição do cuidado “Vigiar sensório”, que foi mapeada nas intervenções “Monitorização respiratória” e “Monitorização neurológica”. A primeira foi considerada adequada porque as alterações do sensório podem ocorrer em consequência de retenção de CO<sub>2</sub>, e a segunda, porque se sabe que as alterações neurológicas também podem levar a alterações do nível sensorial, o que poderia trazer complicações respiratórias (SMELTZER; BARE, 1996; SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Os cuidados prescritos “Aspirar secreções”, “Implementar rotina de cuidados na aspiração de orofaringe” e “Implementar rotina de cuidados na aspiração de nasofaringe” foram mapeados nas intervenções “Controle de vias aéreas” e “Aspiração de vias aéreas”. Já os cuidados “Implementar rotina de cuidados com aspiração – traqueostomia” e “Implementar rotina de cuidados com aspiração TET e orofaringe” foram mapeados nas intervenções “Controle de vias aéreas artificiais” e “Aspiração de vias aéreas”. O duplo mapeamento ocorreu nesses casos ou porque

existe na *NIC* atividade semelhante nas diferentes intervenções ou porque há similaridade entre o cuidado prescrito e o título e ou definição da intervenção (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

O mapeamento dos cuidados prescritos “Estimular exercícios respiratórios”, “Estimular expectoração” e “Orientar exercícios respiratórios” ocorreu nas intervenções “Controle de vias aéreas”, que apresenta uma atividade relacionada com a fisioterapia respiratória, mas também na intervenção “Fisioterapia respiratória”, que trata especificamente do auxílio ao paciente na mobilização de secreções das vias aéreas (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Semelhante a esses casos é a prescrição do cuidado “Observar aspecto do escarro”. Além de ter sido mapeado nas intervenções de “Monitorização respiratória” e “Fisioterapia respiratória”, ele também foi mapeado na intervenção “Aspiração de vias aéreas”, que apresenta uma atividade que se refere ao aspecto da secreção. Como não se pode identificar se o escarro foi eliminado espontaneamente ou através do procedimento de aspiração, consideraram-se as duas possibilidades.

As prescrições dos cuidados “Implementar rotinas com oxigenoterapia – cateter nasal”, “Implementar rotinas com oxigenoterapia – óculos nasal”, “Implementar rotinas com oxigenoterapia – ayre”, “Implementar rotinas com oxigenoterapia – por máscara de Venturi” e “Implementar rotinas com oxigenoterapia – CPAP” foram mapeadas nas intervenções “Oxigenoterapia” e “Assistência ventilatória”, já que ambas listam atividades semelhantes para a assistência do paciente com necessidade de receber oxigênio suplementar (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Já o cuidado de “Implementar rotinas com oxigenoterapia – ventilação mecânica” foi mapeado na intervenção “Ventilação mecânica”, visto que a prescrição deste cuidado de enfermagem no HCPA se destina à assistência do paciente em uso de ventilação mecânica e não aos pacientes em ventilação espontânea com necessidade de oxigenoterapia. Assim, pensa-se que este cuidado deveria ter seu texto revisado, modificando-o para “Implementar rotina de cuidados com ventilação mecânica”.

Quanto aos cuidados “Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos” e “Tranqüilizar o paciente”, o mapeamento ocorreu nas intervenções “Redução da ansiedade” e “Suporte emocional”, as quais oferecem a possibilidade de intervir junto ao paciente com vistas a reduzir os momentos de apreensão e estresse, o que poderia proporcionar melhora no quadro clínico (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

O cuidado “Proporcionar ambiente calmo e confortável” foi mapeado nas intervenções “Redução da ansiedade” e “Controle do ambiente: conforto”, pois em ambas identificou-se semelhança com o prescrito. No primeiro caso, esta é uma intervenção sugerida pela NIC para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, que visa minimizar a apreensão e o desconforto do paciente. Já a segunda intervenção, apesar de não estar ligada ao diagnóstico em estudo, descreve de forma clara a necessidade de controle de fatores externos, presentes no ambiente, para que o paciente possa sentir-se mais confortável (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b). Assim, pensa-se que ela poderia ser uma intervenção adicional optativa para esse diagnóstico.

O cuidado “Proporcionar posição confortável ao paciente” foi mapeado nas intervenções de “Posicionamento” e “Controle do ambiente: conforto”. Na primeira, porque ela se refere à questão da necessidade do bom posicionamento do paciente e é uma intervenção adicional optativa para o diagnóstico em questão; e na segunda porque se trata do conforto do paciente e, apesar de não ser uma intervenção ligada ao diagnóstico, ela lista atividade que se refere ao posicionamento do paciente, corroborando a idéia de que possa ser uma intervenção adicional optativa para este diagnóstico (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Semelhante é o caso do cuidado “Estimular a movimentação no leito”, que foi mapeado nas intervenções “Posicionamento” e “Cuidados com repouso no leito”, em que se sugere a ligação dessa última intervenção como adicional optativa para o diagnóstico.

O cuidado prescrito “Orientar paciente” foi mapeado nas intervenções “Ensino: processo de doença”, “Ensino: procedimento/tratamento” e “Orientação

antecipada”, pois todas elas fazem referência à orientação e à informação do paciente, seja pelas atividades sugeridas seja pela definição da intervenção (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b). Embora não ligadas ao diagnóstico aqui selecionado, sugere-se que elas sejam listadas como intervenções adicionais optativas, já que as atividades que envolvem o ensino, a informação e a orientação aos pacientes são muito importantes, na maioria dos casos, para o resultado positivo da intervenção de enfermagem (SILVA; NAKATA, 2005).

Quanto a mapear o cuidado “Orientar a família” nas intervenções “Ensino: processo de doença”, “Suporte à família”, “Ensino: procedimento/tratamento” e “Orientação antecipada”, intervenções também não ligadas ao diagnóstico em questão, acredita-se que elas sejam fundamentais para o cuidado de enfermagem, já que a família não deve ser excluída do contexto, quando se pretende oferecer um cuidado humanizado. Assim, talvez fosse adequado que uma ou outra dessas intervenções figurasse entre as adicionais optativas para este diagnóstico.

Entre os cuidados prescritos que foram mapeados em intervenções não ligadas ao diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, está “Manter precaução respiratória”, caso em que o mapeamento ocorreu na intervenção “Controle de infecção”. Apesar de não estar ligada ao diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, acredita-se que essa intervenção seja importante, já que muitos pacientes com esse diagnóstico estão expostos à possibilidade de infecção ou, então, já se encontram com algum processo infeccioso instalado (POTTER, 2002; SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Por outro lado, entende-se que os pacientes com o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, também possam apresentar o diagnóstico “Risco para infecção” e, assim, a intervenção de “Controle de infecção” estaria ligada a esse último diagnóstico. Todavia, encontram-se na *NIC* diversos casos em que as mesmas intervenções estão ligadas a diferentes diagnósticos de enfermagem, por isso a sugestão de incluí-la como adicional optativa.

Quanto ao cuidado “Implementar rotina de cuidados de higiene ocular/paciente comatoso”, que foi mapeado na intervenção “Cuidados com os

olhos”, intervenção não ligada ao diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, concorda-se, em parte, que não necessariamente um paciente com esse diagnóstico será comatoso ou terá necessidade de higiene ocular. Todavia, é fundamental lembrar que a maioria dos pacientes internados numa UTI necessitam de algum tipo de cuidado ocular.

Por último, têm-se os cuidados não mapeados “Interagir com o paciente” e “Umidificar os lábios com gaze úmida”. No primeiro caso, o mapeamento não foi possível pela inespecificidade dessa ação, o que tornou impossível mapeá-la em qualquer intervenção da NIC. Seria uma interação com vistas a sanar dificuldades de entendimento de alguma informação? Para aliviar a ansiedade? Auxiliar na adaptação do paciente? Enfim, existem muitos motivos que podem levar a uma interação, no entanto, o modo como o cuidado foi prescrito é vago e não permite identificar a qual intervenção essa atividade está relacionada.

Quanto ao segundo caso não mapeado, verificou-se que apesar de haver na NIC algumas atividades semelhantes a esse cuidado, não foi encontrada uma intervenção que fosse apropriada ao seu mapeamento. Revisando-se a classificação, foram encontradas as intervenções “Manutenção da saúde oral” e “Restauração da saúde oral”, cujas definições, entretanto, estão relacionada basicamente com a promoção da higiene e cicatrização oral e dentária, sem apresentar nenhuma atividade que se refira à umidificação dos lábios e ao conforto que isso pode proporcionar ao paciente acamado, muitas vezes sem condições de receber líquidos por via oral, o que provoca sede e ressecamento dos lábios. Também encontrou-se a intervenção “Ventilação mecânica”, com a atividade “Providenciar cuidados orais de rotina”, e a intervenção “Controle de vias aéreas artificiais”, com a atividade “Oferecer cuidados à boca e aspiração da orofaringe, conforme apropriado”, que acredita-se estariam adequadas ao mapeamento, não estivessem essas intervenções limitadas ao cuidado dos pacientes em ventilação mecânica ou com vias aéreas artificiais.

Dessa forma, pensa-se que essas atividades poderiam ser listadas também na intervenção de “Assistência ventilatória”, a qual se refere a pacientes com respiração

espontânea, podendo então, ser indicadas para qualquer uma das duas situações. Assim, optou-se pelo não mapeamento desse cuidado, ficando a sugestão de revisão da *NIC* quanto à inclusão dessas atividades na intervenção de “Assistência ventilatória”.

- **“Incapacidade para manter respiração espontânea”**

O mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com diagnóstico “Incapacidade para manter respiração espontânea” e a *NIC* identificou similaridade em 100% dos casos analisados, o que demonstra a correspondência entre a prática desenvolvida no CTI/HCPA, em termos de prescrição de enfermagem, e o proposto pela *NIC* para esse diagnóstico (Quadro 8; Tabela 14).

Esse mapeamento utilizou 17 diferentes intervenções da *NIC*, sendo a mais freqüentemente usada a intervenção sugerida “Controle de vias aéreas” (Quadro 9). Apesar de essa não ser uma intervenção do nível prioritário, salienta-se a sua importância na assistência de enfermagem dos pacientes com este diagnóstico, já que ela se destina a facilitar a permeabilidade da via aérea para a passagem de ar. Entretanto, esperava-se que a intervenção mais utilizada fosse “Controle de vias aéreas artificiais”, pois esse diagnóstico pressupõe algum tipo de ventilação mecânica e, assim, a necessidade de uma via artificial.

Ainda sobre esse ponto, observou-se que muitos dos cuidados prescritos para esse diagnóstico são os mesmos prescritos para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, sendo a intervenção “Controle de vias aéreas” a mais utilizada no mapeamento dos cuidados prescritos para ambos os diagnósticos. Isso leva a inferir que talvez exista alguma dificuldade das enfermeiras em serem precisas na definição da escolha entre um e outro desses diagnósticos. Todavia, a *NIC* também apresenta, na lista de ligações, muitas intervenções iguais para eles.

Assim, o que se pode concluir é que o julgamento clínico da enfermeira é soberano e que ela deve estar atenta aos sinais e sintomas do paciente, bem como aos fatores relacionados ao diagnóstico feito para poder ser precisa e intervir da maneira mais adequada possível.

Entre os 24 cuidados prescritos e mapeados com similaridade na *NIC*, 12 (50%) foram mapeados em mais de uma intervenção. As razões para que isso acontecesse, ou para que tivessem sido mapeados somente na intervenção sem mapear na atividade foram os mesmos já descritos nos mapeamentos prévios apresentados neste trabalho.

Entre os casos de mapeamento de cuidados prescritos em mais de uma intervenção, encontram-se “Comunicar alterações do padrão ventilatório” e “Comunicar alterações do padrão respiratório”, que foram mapeados nas intervenções prioritárias “Monitorização respiratória” e “Assistência ventilatória”, e na intervenção sugerida “Controle de vias aéreas”.

O mapeamento desses cuidados ocorreu nas três intervenções, porque em todas houve semelhança entre o prescrito e o descrito na *NIC*, o que permitiu a comparação em qualquer um dos casos. Conforme já justificado no mapeamento desses cuidados prescritos para os pacientes com diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz”, existe na definição dessas três intervenções *NIC* a preocupação com a permeabilidade das vias aéreas e ou com uma adequada passagem de ar, o que é reforçado pelas atividades propostas, em que a monitorização das condições respiratórias são claramente explicitadas (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Observa-se ainda que, em função da semelhança existente entre os dois cuidados prescritos, talvez o mais adequado fosse a eliminação de um deles do sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA, de preferência o menos utilizado, o que contribuiria para uma melhor padronização da linguagem utilizada, já que os dois cuidados implicam uma mesma ação. Também se sugere que o cuidado a ser mantido no sistema de prescrição de enfermagem fosse melhor descrito, a exemplo do que já foi sugerido no mapeamento desses cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes com “Padrão respiratório ineficaz” .

Os cuidados prescritos “Implementar rotina de cuidados com aspiração TET e orofaringe” e “Implementar rotina de cuidados com aspiração – traqueostomia” foram mapeados nas intervenções “Controle de vias aéreas artificiais” e “Aspiração de vias aéreas”. Já os cuidados “Aspirar secreções” e “Implementar rotina de cuidados na aspiração de nasofaringe” foram mapeados nas intervenções “Controle de vias aéreas” e “Aspiração de vias aéreas”. O duplo mapeamento se deu em razão de existir atividade semelhante nas diferentes intervenções *NIC* ou, então, pela similaridade entre o cuidado prescrito e o título e ou definição da intervenção (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Semelhante a esses casos é a prescrição do cuidado “Observar aspecto do escarro”, mapeado nas intervenções “Monitorização respiratória”, “Aspiração de vias aéreas” e “Fisioterapia respiratória”.

A prescrição do cuidado “Implementar rotinas com oxigenoterapia – ayre” foi mapeada nas intervenções “Assistência ventilatória” e “Oxigenoterapia”, já que ambas listam atividades semelhantes para a assistência do paciente com necessidade de receber oxigênio suplementar.

Entretanto, conforme observação já realizada, o cuidado “Implementar rotinas com oxigenoterapia – ventilação mecânica”, embora faça menção a oxigenoterapia, foi mapeado somente na intervenção “Ventilação mecânica”, pois esse cuidado de enfermagem no HCPA é realizado na assistência de pacientes em uso de ventilador mecânico e não de pacientes com ventilação espontânea em uso de oxigenoterapia. Por isso, enfatiza-se a necessidade de revisar esse texto, sugerindo-se a sua substituição por “Implementar rotina de cuidados com ventilação mecânica”.

O cuidado “Estimular tosse durante a aspiração traqueal” foi mapeado nas intervenções “Aspiração de vias aéreas” e “Controle de vias aéreas”. No primeiro caso, embora não tenha sido identificada uma atividade correspondente ao cuidado prescrito, a definição da intervenção não deixa dúvida quanto ao seu objetivo, ou seja, a remoção de secreções pela aspiração. Na segunda intervenção mapeada, identificou-se como atividade correspondente “Remover secreções, encorajando a tossir ou aspirando” (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Os cuidados prescritos “Orientar paciente e familiares” e “Orientar a família” foram mapeados nas intervenções “Ensino: processo de doença”, “Ensino: procedimento/tratamento”, “Orientação antecipada” e “Suporte à família”, e o cuidado “Orientar paciente”, nas intervenções “Ensino: processo de doença”, “Ensino: procedimento/tratamento” e “Orientação antecipada”, pois todas fazem referência à orientação do paciente e ou da família, seja pelas atividades sugeridas seja pela definição da intervenção. Embora nenhuma delas esteja ligada ao diagnóstico referido, sugere-se que elas sejam listadas como adicionais optativas, pelos mesmos motivos descritos no mapeamento desses cuidados para o diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” (DOENGES; MOORHOUSE; GLEISSLER, 2003).

- **“Mobilidade física prejudicada”**

O mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com o diagnóstico de “Mobilidade física prejudicada” e a *NIC* identificou que existe similaridade em 97,3% dos casos. Somente em 2,7% dos cuidados não houve similaridade com a classificação.

Esse mapeamento utilizou 17 diferentes intervenções da *NIC*, sendo a mais freqüentemente usada “Posicionamento”, que se encontra no nível prioritário da classificação (Quadro 10; Quadro 11; Tabela 14).

O alto percentual de cuidados prescritos com similaridade com a *NIC* demonstra que existe correspondência entre a prática desenvolvida no CTI/HCPA, em termos de prescrição de enfermagem, e o proposto pela *NIC* para este diagnóstico (Tabela 14).

A identificação da intervenção prioritária “Posicionamento” como a mais utilizada no mapeamento cruzado reforça a sua importância na assistência de enfermagem dos pacientes com este diagnóstico, além de também corroborar o que foi prescrito no CTI/HCPA (Quadro 11).

Dos 37 cuidados prescritos com similaridade na *NIC*, 18 (48,6%) foram mapeados em mais de uma intervenção. Pode-se ver que os casos de mapeamento em mais de uma intervenção *NIC* foram praticamente a metade. Os motivos que levaram a essas escolhas é o que se discute a seguir.

Vários foram os cuidados de enfermagem mapeados na intervenção “Posicionamento” e na intervenção “Cuidados com o repouso no leito”. Em todos os casos encontrou-se semelhança entre a prescrição realizada e a definição dessas intervenções, que se referem ao bem-estar, segurança e conforto do paciente, na maioria das vezes acamado. Além disso, muitas das suas atividades são similares e, por vezes, são as mesmas, como é o caso de “Virar conforme indicado pela condição da pele”, listada nas duas intervenções. Entretanto, somente a intervenção “Posicionamento” recebe destaque como prioritária, ao passo que “Cuidados com o repouso no leito” é uma intervenção sugerida, o que, pelos resultados encontrados nesse mapeamento, poderia ser modificado, apresentando-a, também, como uma intervenção prioritária.

Já para os cuidados “Sentar paciente na cadeira” e “Auxiliar paciente sentar na cadeira”, mapeados nas intervenções “Posicionamento” e “Posicionamento: cadeira de rodas” não se encontraram atividades semelhantes, ficando como sugestão a possibilidade de a classificação incluir alguma atividade semelhante a esses cuidados, já que se trata de ações realizadas com frequência pela Enfermagem.

O cuidado “Proporcionar posição confortável ao paciente” pôde ser mapeado nas intervenções “Posicionamento” e “Controle do ambiente: conforto”, pois ambas apresentam atividades relacionadas ao posicionamento adequado, que facilitam o conforto e a terapêutica necessária (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Os cuidados “Promover segurança e conforto” e “Proporcionar ambiente calmo e confortável” foram mapeados na intervenção sugerida “Controle do ambiente” e na intervenção “Controle do ambiente: conforto”. Mesmo que essa última não esteja ligada ao diagnóstico, sua definição explícita a manipulação de elementos em torno do paciente para promover o conforto (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

O cuidado “Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito” foi mapeado na intervenção adicional optativa “Supervisão da pele” e também na “Prevenção de úlceras de pressão”, que não está ligada ao diagnóstico. Todavia, entende-se que essa última intervenção poderia ser uma adicional optativa para o diagnóstico, já que uma das complicações frequentes da mobilidade física prejudicada é o aparecimento das úlceras de pressão (CAFER, *et al.*, 2005; SWEARINGEN; KEEN, 2005). Essa idéia pode ser reforçada, ainda, pelo mapeamento nessa intervenção de outros cuidados prescritos aos pacientes com este diagnóstico, como, por exemplo, “Manter colchão piramidal”.

Os cuidados prescritos “Orientar paciente” e “Orientar a família” foram mapeados nas intervenções “Ensino: processo de doença”, “Ensino: procedimento/tratamento”, “Orientação antecipada” e “Suporte à família”, pois todas fazem referência à orientação do paciente e ou da família, seja pelas atividades sugeridas seja pela definição da intervenção. Mesmo que nenhuma dessas intervenções esteja ligada ao diagnóstico analisado, sugere-se que elas sejam listadas como adicionais optativas, a exemplo do que já foi mencionado anteriormente para essas mesmas prescrições.

O cuidado “Tranqüilizar o paciente” foi mapeado nas intervenções não ligadas ao diagnóstico “Redução da ansiedade” e “Suporte emocional”, as quais visam minimizar a apreensão e promover a segurança do paciente e, portanto, poderiam constar como adicionais optativas.

Por último, o cuidado “Solicitar apoio de familiar” não foi mapeado por não se encontrar semelhança com as intervenções *NIC*. Analisando a classificação, observa-se que talvez essa fosse uma atividade que pudesse constar das intervenções “Assistência no autocuidado”, “Suporte emocional”, “Aumento da segurança” ou, ainda, “Supervisão: segurança”. Para todas essas intervenções de enfermagem, a participação da família poderia ser fator de auxílio e apoio, para atingir os resultados esperados.

- **“Risco para prejuízo da integridade da pele”**

O mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele” e a *NIC* identificou similaridade em 100% dos casos analisados, o que demonstra a correspondência entre a prática desenvolvida no CTI/HCPA, em termos de prescrição de enfermagem, e o proposto pela *NIC* para esse diagnóstico (Quadro 12;Tabela 14).

Esse mapeamento utilizou 14 diferentes intervenções da *NIC*, sendo a mais freqüentemente usada a intervenção prioritária “Prevenção de úlcera de pressão”, fato que reforça a sua importância na assistência de enfermagem dos pacientes com este diagnóstico, além de também corroborar a adequação das prescrições realizadas no CTI/HCPA (Quadro 13).

Dos 21 cuidados prescritos e com similaridade na *NIC*, 17 (81%) foram mapeados em mais de uma intervenção. Essa situação ocorreu por diversos fatores, conforme se expõe a seguir.

Os casos “Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito”, “Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos” e “Proteger a pele para evitar rompimento” foram mapeados nas intervenções “Supervisão da pele” e “Prevenção de úlceras de pressão”, ambas intervenções prioritárias que visam o controle de alterações da integridade da pele do paciente de risco (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Semelhante é o caso do cuidado “Usar travesseiros sob a pelve para alívio da pressão nos flancos”, mapeado nas intervenções “Prevenção de úlceras de pressão” e “Controle de pressão sobre áreas do corpo”.

Quatro cuidados de enfermagem foram mapeados nas intervenções “Prevenção de úlcera de pressão”, “Posicionamento” e “Cuidados com o repouso no leito”. Em todos se encontrou semelhança entre a prescrição realizada e a definição

das intervenções, que se referem à prevenção de úlceras de pressão, ao bem-estar, à segurança e ao conforto do paciente. Além disso, muitas das suas atividades são similares e, por vezes, as mesmas, como é o caso de “Virar conforme indicado pela condição da pele” e “Virar a cada 1 ou 2 horas, quando adequado” (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

O cuidado de enfermagem prescrito como “Manter períneo limpo e seco” foi mapeado nas intervenções “Prevenção de úlcera de pressão”, “Banho” e “Cuidados com o períneo”. Já os cuidados “Hidratar a pele” e “Oferecer hidratante para a pele” foram mapeados nas intervenções “Prevenção de úlcera de pressão” e “Banho”. Em todas essas intervenções foram encontradas atividades com semelhança ao prescrito, e todas estavam ligadas ao diagnóstico em estudo, o que justifica sua escolha no mapeamento cruzado.

Os cuidados “Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar”, “Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas” e “Realizar rodízio para medicação” foram mapeados nas intervenções “Supervisão da pele”, “Controle de hiperglicemia” e “Administração de medicamentos: subcutânea”. Embora essas duas últimas intervenções não constem como ligadas ao diagnóstico, verifica-se a sua importância na assistência de pacientes com alterações da glicemia e que apresentam riscos à integridade da pele, o que faz com que seja sugerida a sua inclusão como intervenções adicionais optativas para o diagnóstico em estudo.

Ainda com relação à intervenção “Administração de medicamentos: subcutânea”, verifica-se que a atividade listada que trata da necessidade de rodízio na aplicação dos medicamentos subcutâneos refere-se especificamente à insulina, apesar de se saber que existem outros fármacos administrados por essa via que requerem o cuidado relacionado ao rodízio à aplicação, como por exemplo a heparina (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Sugere-se, também, que o sistema de prescrição de enfermagem do HCPA elimine ou reescreva o cuidado “Realizar rodízio para medicação”, pois como ele não aponta a via de administração do fármaco não fica claro a que ele se destina.

O caso “Implementar protocolo de cuidados para úlceras de pressão” foi mapeado nas intervenções “Cuidados com lesões” e “Cuidados com úlcera de pressão”, pois ambas descrevem em suas definições a promoção da cicatrização de lesões.

A prescrição “Implementar rotina de cuidados com eliminação urinária” obteve semelhança nas intervenções “Cuidados com o períneo” e “Controle da eliminação urinária”. Porém, como se trata de um conjunto de cuidados que compõem a rotina ou o protocolo relacionado com a eliminação urinária, esse cuidado não foi mapeado numa atividade específica.

O cuidado de enfermagem “Realizar movimentos passivos” foi mapeado nas intervenções “Cuidados com repouso no leito” e “Posicionamento”, já que as duas apresentam atividades relacionadas ao exercício conforme apropriado a cada paciente.

Por fim, apresenta-se o mapeamento do cuidado “Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos” na intervenção “Administração de medicamentos”, que não é ligada pela *NIC* ao diagnóstico em questão. Assim como a *NIC*, não se encontrou motivos que justifiquem essa ligação, razão pela qual se sugere a retirada ou a substituição desse cuidado da listagem apresentada pelo sistema de prescrição de enfermagem do HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”. A substituição no sistema poderia ser feita por “Administração de medicamentos: cutânea”, conforme sugere a *NIC* (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

### 6.2.2 Aspectos gerais do mapeamento cruzado

Primeiro, é preciso dizer que o processo de mapeamento cruzado, por vezes, parece interminável, pois muitas possibilidades se abrem no seu desenvolvimento. Por isso é importante seguir regras apropriadas e conhecer a realidade em estudo e o referencial utilizado, neste caso a *NIC*.

Durante a sua realização, observou-se a necessidade de recorrer a várias intervenções *NIC*, muitas delas não ligadas aos diagnósticos selecionados, para mapear os cuidados de enfermagem prescritos. Possivelmente, isso tenha ocorrido pela diversidade de fatores relacionados aos diagnósticos de enfermagem estudados ou, ainda, pela valorização da singularidade de cada paciente internado neste CTI, um ser humano único, que demanda cuidados diferentes para um mesmo diagnóstico de enfermagem. Dessa forma, em alguns casos do mapeamento ficou assinalada a importância do acréscimo de algumas intervenções como adicionais optativas a determinados diagnósticos de enfermagem.

Esse dado também reforça a idéia de que as classificações de enfermagem, que propõem uma padronização de terminologias, não impedem a prestação do cuidado de forma individualizada, pois esse pode ser moldado para cada indivíduo, por meio do julgamento clínico e da escolha seletiva das intervenções e atividades. As classificações também favorecem a comunicação da natureza da prática e colaboram para a uniformização dos registros de enfermagem, que documentam e qualificam a assistência prestada, servindo de guia para as ações profissionais que produzem resultados benéficos às pessoas cuidadas (JOHNSON, *et al*, 2006; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b; SOUZA, 2002).

É possível que um número menor de intervenções *NIC* dê conta do mapeamento desses cuidados de enfermagem. Entretanto, para certificar-se dessa possibilidade, seria necessário um acompanhamento longitudinal dessas intervenções/atividades e uma validação das mesmas, por meio de, quem sabe, uma

técnica “*Delphi*” (GRANT; KINNEY, 1992). Outra forma seriam estudos para testar a efetividade das intervenções/atividades buscando evidências.

O percentual relativo ao total de cuidados de enfermagem mapeados na *NIC* foi de 97,2%, o que aponta para a similaridade entre o que é prescrito pelas enfermeiras do CTI/HCPA, para os pacientes com os diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente estabelecidos, e as intervenções propostas pela *NIC* (Tabela 13). Achados semelhantes são relatados pelos estudos de Chianca (2003) e Guimarães (2000), que reforçam a importância e a utilidade desta classificação para auxiliar a refletir a prática clínica das enfermeiras brasileiras.

Como pôde ser observado pelas Tabelas 13 e 14, apesar das várias (52) intervenções não ligadas aos diagnósticos de enfermagem utilizadas no mapeamento cruzado, o número de cuidados mapeados nessas intervenções não foi tão importante (36), pois a maioria (84) encontrou correspondência nas intervenções prioritárias para os diagnósticos de enfermagem analisados, indo ao encontro do que a *NIC* preconiza.

Assim, 39,6% dos cuidados prescritos foram mapeados nas intervenções prioritárias da *NIC*, 21,2% nas intervenções sugeridas, 19,3% nas adicionais optativas e 17% nas não ligadas ao diagnóstico, o que reforça, mais uma vez, o nível de prioridade de cada intervenção ligada pela *NIC* aos diagnósticos de enfermagem da *NANDA* (JOHNSON *et al.*, 2005, 2006; McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004a, 2004b).

Quando se analisam os dez cuidados de enfermagem mais freqüentemente prescritos no CTI/HCPA, para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentes na unidade, verifica-se que em todos eles existe o predomínio de intervenções prioritárias e sugeridas pela *NIC* (Tabelas 15 a 20). A correlação desse dado com a literatura pesquisada foi difícil, pois ainda existem poucos estudos que abordam as intervenções *NIC* ligando-as aos diagnósticos de enfermagem *NANDA*, utilizando-se de dados da prática clínica. Entretanto, em alguns trabalhos, as intervenções *NIC* utilizadas pelas enfermeiras para tratar determinados diagnósticos de enfermagem apresentam alguma semelhança com as aqui encontradas.

Uma dessas pesquisas apresenta para o diagnóstico “Risco para infecção” o uso das intervenções “Controle de infecção” e “Proteção contra infecção” em destaque, seguidas pelas intervenções menos frequentes de “Cuidado com lesões” e “Cuidados com sondas e drenos: bexiga”. Para o diagnóstico “Risco para prejuízo da integridade da pele”, listam as intervenções “Controle de pressão sobre áreas do corpo” e “Posicionamento” como as mais frequentes, seguidas pela “Supervisão da pele” e “Prevenção de úlceras de pressão” (HUR; KIM; STOREY, 2000). Esses resultados são semelhantes aos aqui apresentados, todavia é preciso considerar que a pesquisa foi realizada com pacientes em cuidado domiciliar na Coreia e que o número de intervenções encontradas no presente estudo é bem maior do que o apresentado pelas referidas autoras.

Outro estudo realizado num sistema de saúde pública descreve o uso de algumas intervenções também encontradas nesta investigação. Porém, quanto aos diagnósticos mais frequentes, à exceção do “Risco para infecção”, em nenhum outro houve coincidência (RIVERA; PARRIS, 2002).

Das 106 intervenções apresentadas como usadas pelas enfermeiras na pesquisa citada acima, apenas 19 coincidem com as aqui encontradas. Isso reflete nitidamente as diferenças entre os pacientes estudados e, por conseguinte, dos diagnósticos de enfermagem, que requerem intervenções apropriadas a cada caso.

As 19 intervenções coincidentes são as seguintes: a) três no domínio fisiológico básico, “Posicionamento”, “Manutenção da saúde oral” e “Cuidados com o períneo”; b) sete no domínio fisiológico complexo, “Administração de medicamentos”, “Controle da hiperglicemia”, “Monitorização neurológica”, “Aspiração de vias aéreas”, “Oxigenoterapia”, “Monitoração respiratória” e “Cuidados com local da incisão”; c) cinco no domínio comportamental, “Orientação antecipada”, “Suporte emocional”, “Ensino: processo de doença”, “Ensino: procedimento/tratamento” e “Redução da ansiedade”; d) três no domínio segurança, “Controle de infecção”, “Proteção contra infecção” e “Monitorização dos sinais vitais; e) uma no domínio família, “Suporte à família” (RIVERA; PARRIS, 2002).

Observa-se, em relação às intervenções coincidentes, que a maioria está localizada no domínio fisiológico complexo, o que vai ao encontro do perfil dos pacientes internados em terapia intensiva. Todavia, algumas poucas dessas intervenções estão localizadas nos outros domínios da *NIC*.

Em uma outra pesquisa sobre intervenções de enfermagem para três diferentes grupos de pacientes internados (fratura de quadril, risco para quedas e falência cardíaca), observam-se várias intervenções também descritas na presente investigação. Algumas dessas intervenções foram comuns aos três grupos estudados e também às aqui apresentadas: “Controle da dor”, “Supervisão”, “Terapia endovenosa” e “Cuidados com sondas e drenos”. Outras puderam ser verificadas somente em dois daqueles grupos, e também neste trabalho: “Monitorização dos sinais vitais”, “Oxigenoterapia”, “Cuidados com o repouso no leito” e “Cuidados com lesões”. Por último, observaram-se intervenções para apenas um dos referidos grupos e que também foram descritas aqui: “Controle da hiperglicemia”, “Proteção contra infecção”, “Ensino; posicionamento” e “Monitorização neurológica” (DOCHTERMAN *et al*, 2005).

A despeito das diferenças dos campos de pesquisa, bem como dos pacientes estudados nas investigações citadas e no presente trabalho, o que chama a atenção são as intervenções de enfermagem comuns aos diferentes casos, o que, de certa forma, aponta para a necessidade de a Enfermagem estar atenta a elas, pois parecem ser úteis na solução de problemas que podem ser comuns a diferentes grupos de pacientes. Todavia, essas idéias necessitam ser melhor conhecidas e estudadas, para subsidiar e aprofundar o conhecimento dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados, elementos que constituem a prática da Enfermagem.

Quando se analisam as diferentes intervenções *NIC* utilizadas no mapeamento cruzado e sua relação com os domínios da *NIC*, observa-se que a grande maioria está localizada nos domínios fisiológico complexo e fisiológico básico, ou seja, 26 (42%) e 23 (37%) intervenções, respectivamente. Nos domínios comportamental e de segurança, foram encontradas 6 (9,7%) intervenções em cada um e, no domínio família, uma intervenção (1,6%) - (Quadro 14). Pesquisadoras em estudo realizado

com enfermeiras de unidades médico-cirúrgicas da Coréia e dos Estados Unidos, também encontraram a maioria de intervenções localizadas nos domínios fisiológico básico e complexo da *NIC* (LEE; LEE, 2006).

Em relação às classes de cada domínio, o predomínio de intervenções está localizado na classe K – controle respiratório (domínio fisiológico complexo), com dez intervenções (Quadro 14). Esse dado remete ao percentual elevado de pacientes internados no CTI com diagnósticos de enfermagem ligados à área respiratória e, conseqüentemente, à necessidade de prescrições de um grande número de cuidados relacionados a eles.

No total de cuidados de enfermagem prescritos para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem avaliados, observou-se que a segunda e a terceira maior razão do cuidado/internação correspondeu justamente aos diagnósticos “Padrão respiratório ineficaz” e “Incapacidade para manter respiração espontânea”, o que demonstra o grande trabalho de enfermagem demandado no cuidado a esses pacientes (Tabela 6).

A segunda classe a localizar o maior número de intervenções é a F – facilitação do autocuidado (domínio fisiológico básico), com nove intervenções. Esse dado também remete ao percentual de 98,1% de internações com o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”, demonstrando o contingente de pacientes que necessitam dessas intervenções na unidade de terapia intensiva (Tabela 5).

Na seqüência têm-se as classes controle de eliminações (domínio fisiológico básico) com sete intervenções, controle da pele/lesões (domínio fisiológico complexo) também com sete intervenções e a classe de controle de risco (domínio segurança) com seis intervenções, entre as quais o “Controle e a proteção contra infecção”, amplamente utilizadas no mapeamento dos cuidados prescritos para os pacientes com o diagnóstico “Risco para infecção”. Esse diagnóstico, que além de ter sido o segundo mais freqüente na unidade, foi o que demandou maior número de cuidados prescritos e teve a maior razão de cuidado/internação, o que reforça o trabalho de enfermagem na assistência desses pacientes.

O estudo de LEE e LEE (2006), já referido, também apontou as classes de controle respiratório, controle de eliminações e controle de pele/lesões, como as que apresentaram intervenções freqüentes.

Nos Domínios 6 – Sistemas de saúde e 7 – Comunidade –, não foram encontradas intervenções utilizadas neste mapeamento cruzado, o que de certa forma era esperado, uma vez que se referem àquelas que dão suporte ao cuidado da saúde da comunidade (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004a, 2004b).

As intervenções localizadas nos domínios fisiológicos básico e complexo são as que dão suporte ao funcionamento físico e à regulação homeostática do organismo. Assim, pode-se dizer que colaboram para a resolver ou amenizar problemas ligados às necessidades psicobiológicas do indivíduo, que são evidenciadas pelos diagnósticos de enfermagem freqüentemente estabelecidos no CTI. Ou seja, assim como que esses diagnósticos de enfermagem se enquadram nas necessidades psicobiológicas de Horta (1979), assim também as intervenções de enfermagem estariam ligadas a elas e agiriam na resolução de problemas da complexidade orgânica dos seres humanos.

Voltando-se à composição da *NIC*, em relação às intervenções essenciais para uma determinada população de pacientes ou para uma área de especialidade, verifica-se que entre as 54 intervenções apresentadas pela *American Association of Critical-Care Nurses* e as 57 diferentes intervenções encontradas nesta pesquisa, a semelhança dos números não reflete exatamente os tipos de intervenções. Das 57 encontradas na pesquisa, apenas 17 (29,8%), em torno de um terço, coincidem com as apresentadas por essa associação de profissionais (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004a, 2004b).

Dessas, duas estão no domínio fisiológico básico (“Posicionamento”, “Controle da dor”), onze no domínio fisiológico complexo (“Administração de medicamentos”, “Monitorização neurológica”, “Monitorização respiratória”, “Aspiração de vias aéreas”, “Controle de vias aéreas”, “Controle de vias aéreas artificiais”, “Desmame da ventilação mecânica”, “Oxigenoterapia”, “Ventilação mecânica”, “Controle de líquidos/eletrolitos” e “Terapia endovenosa”), três no

domínio comportamental (“Suporte emocional”, “Ensino: procedimento/tratamento” e “Redução da ansiedade”) e apenas uma no domínio segurança (“Monitorização dos sinais vitais”).

O fato de a predominância absoluta de correspondência entre as intervenções encontradas aqui e as apresentadas pela Associação Americana de Enfermeiras Intensivistas estar dentro do domínio fisiológico complexo não é mero acaso, pois lá e aqui esse predomínio é também verificado nas intervenções, o que demonstra que a prática de enfermagem na terapia intensiva está realmente ligada à resolução de problemas que requerem intervenções que dão suporte ao cuidado da regulação homeostática do indivíduo, ou seja, do domínio fisiológico complexo (McCLOSKEY; BULECHEK, 2000, 2004a, 2004b).

Entretanto, é importante salientar que os resultados deste estudo também apontaram um número significativo de intervenções ligadas ao domínio fisiológico básico, o que não se observa na lista de intervenções essenciais para as unidades de cuidado intensivo apresentada na *NIC*.

Apesar de saber-se que o conjunto de intervenções por especialidade não inclui todas as intervenções utilizadas em uma área específica, mas sim as usadas com maior frequência ou de forma predominante, percebe-se a ausência de intervenções fundamentais relacionadas ao domínio fisiológico básico. Dentre elas, estão as referentes ao autocuidado (por ex. “Banho” e “Assistência no autocuidado”), ao controle das eliminações (por ex., “Controle da eliminação urinária” e “Cuidados com sondas e drenos”); além de outras do domínio segurança, como as referentes ao controle de risco (por ex., “Controle de infecção” e “Supervisão”).

Outro ponto a ser levantado é a presença, nessa listagem, de uma intervenção de enfermagem presente que não está ligada na *NIC* a nenhum dos diagnósticos aqui estudados. Trata-se de “Ensino: procedimento/tratamento”, que fez parte do mapeamento cruzado realizado com os cuidados prescritos para os diagnósticos “Risco para infecção”, “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”, “Padrão respiratório ineficaz” e “Incapacidade para manter respiração espontânea”. Esse fato auxilia a corroborar a sugestão de que essa intervenção seja uma adicional optativa

para os referidos diagnósticos, em consonância, também, com o que pensam as pesquisadoras sobre as ligações existentes.

Segundo elas, as ligações estabelecidas atualmente estão baseadas em opiniões de especialistas e, em alguns casos, na literatura de enfermagem, mais ainda não em pesquisas da prática clínica, razão pela qual não são prescritivas e não substituem o julgamento clínico do profissional, necessitando serem testadas no ambiente clínico (JOHNSON *et al.*, 2005, 2006; McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

Nesse sentido, também se observou que alguns dos diagnósticos que fizeram parte do mapeamento cruzado requerem um conjunto de intervenções muito semelhantes. Isso foi detectado entre os diagnósticos de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz” e “Incapacidade para manter respiração espontânea” (Quadros 7 e 9) e também entre “Mobilidade física prejudicada” e “Risco para prejuízo da integridade da pele” (Quadros 11 e 13).

No primeiro caso, sabe-se que muitos dos pacientes que apresentam um padrão respiratório alterado podem evoluir para uma incapacidade de ventilação espontânea, que justifica que os diagnósticos estejam muito interligados e requeiram intervenções de enfermagem similares. No segundo caso, a imobilização física se configura num fator de risco para a integridade da pele; além disso, dificilmente um paciente com diagnóstico definido de “Mobilidade física prejudicada” também não apresenta o diagnóstico de “Risco para prejuízo da integridade da pele”, requerendo cuidados de enfermagem semelhantes.

Também quanto ao mapeamento, pode-se acrescentar que, na maioria das vezes, o cuidado prescrito obteve correspondência em mais de uma intervenção ou até mesmo em mais de uma atividade da *NIC*, o que foi atribuído basicamente a dois pontos: a existência de uma terminologia não padronizada ou diferente da usada pela *NIC* nas prescrições de cuidados analisados e/ou a presença na própria *NIC* apresenta, de atividades semelhantes ou até mesmo iguais em diferentes intervenções.

Por fim, é importante lembrar que a Enfermagem que historicamente respaldava suas ações na responsabilidade legal médica, vem modificando esse quadro e passa a responder legalmente pelas atividades que assume no dia-a-dia, a partir do momento em que ela passou a se apropriar e diagnosticar fenômenos da sua prática e, conseqüentemente, a prescrever ações relacionadas a uma intervenção, utilizando uma linguagem própria e respaldada pelo conhecimento científico e documentação do seu fazer.

O empecilho, muitas vezes colocado pelo equívoco de administradores hospitalares a respeito da demanda de horas de trabalho, relacionado à complexidade da utilização do processo de enfermagem, na realidade, pode ser superado quando a equipe participa da filosofia do serviço, auxilia a evidenciar o melhor modelo de assistência de enfermagem para cada clientela e aprimora seus conhecimentos na aplicação prática desse modelo. Por isso, a execução do processo de enfermagem pressupõe o conhecimento de modelos teóricos e metodológicos (teorias, estruturas de classificação – diagnóstico, intervenção, resultado –, modelos conceituais, conhecimento das ciências físicas, psicológicas e sociológicas, entre outras).

Inegavelmente, a formação adquirida nos bancos escolares não supre toda a especificidade da clientela atendida no campo profissional; sendo assim, a educação continuada tem a sua responsabilidade ligada à mesma gerência de enfermagem que, por vezes, critica a complexidade da utilização desses conceitos e métodos de assistência.

Entretanto, o que parece inegável é o avanço que o processo de enfermagem e, mais recentemente, as classificações da prática de enfermagem, aliados ao emprego de modelos teóricos e conhecimento científico, têm propiciado à disciplina de Enfermagem, que é cada vez mais autônoma e mentora do seu fazer.

### 6.3 Limitações do estudo

A maior limitação deste estudo foi a extensão do processo de mapeamento cruzado, que demandou muito tempo e disciplina na aplicação fiel de suas regras. Isso levou à decisão de escolher seis dentre os diagnósticos de maior frequência no CTI/HCPA, para nortear o mapeamento cruzado entre os seus cuidados prescritos e a *NIC*.

De um lado, isso impediu, algumas vezes, a análise e a discussão de determinadas informações de forma mais verticalizada, fazendo com que o estudo esteja constituído por muitos dados que constroem uma visão panorâmica da realidade estudada, já que, para o seu aprofundamento, possivelmente, fossem necessários outras tantas pesquisas, que considerassem cada um dos seis diagnósticos e suas prescrições de enfermagem.

Por outro lado, essa limitação também levou ao benefício do conhecimento de uma variedade de informações desta realidade, o que colabora para a indicação de novos caminhos, novas práticas e temas para a pesquisa na enfermagem, bem como deu ciência de uma grande gama de informações antes pouco conhecidas ou até mesmo inexploradas.

Considera-se que os resultados do mapeamento cruzado aqui apresentado poderão não ter consenso absoluto entre todos os leitores desta tese, apesar da utilização fiel da metodologia e do intuito de obter a maior precisão possível. Outros olhares são possíveis, já que o mapeamento cruzado implica a interpretação do dado; assim, mesmo que sejam utilizadas regras claras e bem definidas, essa interpretação pode se dar de forma diferente.

É importante destacar que, apesar de o mapeamento cruzado ter utilizado como referência a 3ª edição da *NIC* traduzida para o português, teve-se o cuidado de consultar o original em inglês tanto na 3ª quanto na 4ª edição da classificação, de modo que as possibilidades de mapeamento fossem esgotadas, dentro do que se propôs a pesquisa.

O não mapeamento dos POPs e dos complementos acrescidos pelas enfermeiras em determinadas prescrições são, de certa forma, mais uma limitação desta investigação. Porém, essas decisões foram tomadas com embasamento e conhecimento da realidade estudada, e após a avaliação de que a dificuldade que isso representaria não daria benefícios maiores ou resultados diferentes dos aqui apresentados.

Em relação às prescrições de enfermagem mapeadas, é preciso considerar que, no Brasil, elas são prescritas pelas enfermeiras para, na grande maioria dos casos, serem executadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Por isso, algumas vezes nota-se uma linguagem peculiar e diferente da *NIC*, o que, por vezes, prejudicou a comparação com a classificação, já que na realidade americana as enfermeiras não possuem essa subdivisão na classe. Como exemplo, pode-se citar as prescrições que empregam os termos “Comunicar alterações...”, atividade que não é comum encontrar na *NIC*.

Observou-se que, nos poucos (6) casos em que o mapeamento cruzado não foi possível, isso ocorreu devido à ausência de intervenções na *NIC* ligadas a determinados procedimentos de enfermagem ou ao fato de os cuidados prescritos no CTI/HCPA estarem descritos de forma muito geral.

A *NIC*, por sua vez, apresenta algumas atividades que também são apresentadas como intervenção. Por exemplo: “Monitorar sinais vitais” (Intervenção) e “Monitorar sinais vitais” (atividade da intervenção Supervisão). Essa mescla, em algumas situações, confunde o pesquisador que realiza o mapeamento cruzado e isso torna difícil a decisão de escolha para o mapeamento.

Apesar das limitações apresentadas, acredita-se que os resultados apontam para a construção de um trabalho de abrangência sobre os diagnósticos e intervenções de enfermagem em terapia intensiva e, por conseguinte, de relevância para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina.

## 6.4 Sugestões

Os resultados da pesquisa permitem que se apresentem algumas sugestões:

- Revisar o sistema de prescrições de enfermagem do HCPA, no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem, passando a utilizar a taxonomia II da NANDA, pois esse procedimento manteria as enfermeiras atualizadas quanto aos diagnósticos utilizados por essa taxonomia diagnóstica e facilitaria a realização de estudos comparativos com dados de outras instituições que também utilizam a *NANDA* como uma de suas referências no seu modelo de assistência.
- Reavaliar o conteúdo existente no sistema de prescrições de enfermagem do HCPA, removendo-se os cuidados de enfermagem repetidos, mesmo quando escritos com outros termos, mas que têm o mesmo significado, o que permitiria tornar o sistema mais ágil e com uma linguagem mais padronizada.
- Evitar prescrições de enfermagem com dois verbos no sistema de prescrições de enfermagem do HCPA, pois essas, em geral, implicam mais de uma intervenção e, por vezes, não deixam claro a ação principal.
- Sugerir à *NIC* a adição de algumas intervenções não ligadas aos diagnósticos como adicionais optativas, em acordo ao apontado no decorrer do trabalho, já que está referida na classificação a sua necessidade de desenvolvimento e aprimoramento a partir de pesquisas da prática clínica.
- Informar à supervisão técnica da tradução da *NIC* para o português sobre os pontos referentes a essa tradução, que foram apontados no corpo da pesquisa.
- Propor à *NIC* a necessidade de referir, em algum momento, que as intervenções prioritárias são aquelas que se apresentam grifadas na listagem

das ligadas aos diagnósticos de enfermagem, pois, para as demais (sugeridas e adicionais optativas), existe um subtítulo que as indica, o que não ocorre nas prioritárias, as quais existe o grifo, mas sem nenhuma explicação.

- Promover a execução de futuros projetos de pesquisa de validação de consenso do mapeamento cruzado realizado nesta tese, com o objetivo de verificar a sua adequação junto às enfermeiras da instituição pesquisada e auxiliar na revisão da nomenclatura utilizada nas prescrições de enfermagem e no ajuste dos protocolos instituídos no HCPA.
- Realizar novos estudos em que seja foco a análise dos complementos utilizados pelas enfermeiras nas prescrições de cuidados de enfermagem realizadas no HCPA, bem como os POPs.

## 6.5 Implicações para a prática de enfermagem

Uma das principais implicações deste estudo para a prática de enfermagem é a identificação de um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem principais utilizados pelas enfermeiras intensivistas em sua prática cotidiana, o que leva a uma perspectiva de avanço e qualificação, pela construção de um corpo de conhecimentos baseado no cuidado ao paciente.

Esse conjunto de intervenções utilizado no cuidado ao paciente crítico com determinados diagnósticos de enfermagem é uma informação que, conforme a *NIC*, pode ser útil à construção de protocolos de cuidados, à facilitação do ensino do cuidado, à determinação de custos dos serviços e ao planejamento de alocação de recursos (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004b).

A pesquisa contribuiu, ainda, para reafirmar a utilidade da *NIC* na descrição do trabalho executado na prática cotidiana da Enfermagem da unidade estudada, além de ter fornecido subsídios para possibilitar a melhoria da percepção das enfermeiras sobre as respostas dos pacientes com os diagnósticos evidenciados e submetidos às intervenções prescritas.

Além disso, colaborou para o aprofundamento dos conhecimentos dos sistemas de classificação, em especial a *NIC*, e sua aplicabilidade nos sistemas de informação computadorizada, que, juntos, podem qualificar a assistência de enfermagem ao paciente.

Os resultados obtidos da prática clínica em terapia intensiva também apontaram a necessidade de uma possível revisão das intervenções ligadas pela *NIC* aos diagnósticos da *NANDA*, assim como as apresentadas como essenciais à especialidade de enfermagem em terapia intensiva. Por outro lado, também detectou a necessidade de uma revisão no sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA, no que diz respeito a inserir, retirar ou modificar alguns dos cuidados aí disponíveis.

Essas revisões poderão auxiliar a qualificar, ainda mais, tanto a *NIC* como o sistema de prescrição de enfermagem da instituição pesquisada, aproximando-os, cada vez mais, das necessidades da prática clínica cotidiana da Enfermagem.

O término desta pesquisa foi uma etapa vencida. No decorrer de novas investigações, possibilidade levantada, outros questionamentos importantes poderão surgir sobre esta mesma temática, com novas descobertas. Entretanto, procurou-se trilhar um caminho que permitisse alcançar os objetivos e finalidades que desencadearam o estudo, avançando no conhecimento de alguns dos elementos da prática da Enfermagem em terapia intensiva, apesar das suas limitações. Assim, o estudo permite algumas conclusões.

## 7 CONCLUSÕES

A análise dos resultados desta pesquisa permitiu concluir que para as 991 internações ocorridas no CTI/HCPA durante os seis meses avaliados foram estabelecidos um total de 6.845 diagnósticos de enfermagem, com 63 diferentes categorias e uma média de 6,9 diagnósticos de enfermagem por internação, para os quais foram prescritos 39.947 cuidados de enfermagem.

Atendendo ao primeiro objetivo específico do estudo, foram os seguintes os seis diagnósticos de enfermagem de maior frequência de ocorrência na unidade:

- “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene” em 98,1% das internações.
- “Risco para infecção”, em 95,9% das internações.
- “Mobilidade física prejudicada”, em 59,3% das internações.
- “Padrão respiratório ineficaz”, em 49,8% das internações.
- “Incapacidade para manter respiração espontânea”, em 43,1% das internações.
- “Risco para prejuízo da integridade da pele”, em 40,7% das internações.

A frequência expressiva desses seis diagnósticos de enfermagem nas internações estudadas, bem como em estudos consultados leva à conclusão de que eles são comuns à prática clínica de enfermagem.

Os diagnósticos identificados, quatro do tipo real e dois de risco, localizam-se em apenas dois dos domínios da *NANDA*: no domínio 4 - Atividade/Repouso, nas classes de atividade e exercício (“Mobilidade física prejudicada”), respostas cardiovasculares/pulmonares (“Padrão respiratório ineficaz”, “Incapacidade para manter respiração espontânea”) e autocuidado (“Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”); e no domínio 11 - Segurança/Proteção, nas classes de infecção (“Risco para infecção”) e lesão física (“Risco para prejuízo da integridade da pele”).

Esses seis diagnósticos de enfermagem, pode-se dizer, também estão associados às necessidades psicobiológicas, sem haver representação de nenhum diagnóstico mais freqüente relacionado às necessidades psicossociais e psicoespirituais.

No que diz respeito ao segundo objetivo específico deste estudo, foram 19.490 cuidados de enfermagem prescritos para os seis diagnósticos de enfermagem mais freqüentes, o que corresponde a 48,8% do total de cuidados prescritos no período de estudo, com 149 diferentes tipos de cuidados de enfermagem.

Entre os diagnósticos de enfermagem analisados, o que obteve maior número de cuidados prescritos a cada internação foi “Risco para infecção”, com 6.328 cuidados, seguido, em ordem decrescente, por “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”(4.330 cuidados), “Padrão respiratório ineficaz” (2.657 cuidados), “Incapacidade de manter respiração espontânea” (2.577 cuidados), “Mobilidade física prejudicada” (2.153 cuidados) e “Risco para prejuízo da integridade da pele” (1.445 cuidados).

Entretanto, quando avaliada a razão entre o número de cuidados de enfermagem prescritos e o número de internações para cada diagnóstico, a maior demanda de prescrições de cuidados de enfermagem se refere aos pacientes com o diagnóstico “Risco para infecção”, seguido por “Incapacidade para manter respiração espontânea” e “Padrão respiratório ineficaz”; média de seis cuidados de enfermagem prescritos, para cada um desses diagnósticos, a cada internação ocorrida. Assim, além da grande freqüência desses diagnósticos na terapia intensiva, eles também

implicam uma grande demanda de trabalho, evidenciada pelas várias intervenções/atividades prescritas e executadas pela Enfermagem.

Em relação ao terceiro objetivo específico do estudo, que visou comparar os cuidados de enfermagem prescritos para os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente estabelecidos pelas enfermeiras do CTI/HCPA com as intervenções de enfermagem propostas pela *NIC* para esses diagnósticos, conclui-se que essa comparação foi possível por meio do método de mapeamento cruzado.

Esse processo mapeou um total de 212 cuidados de enfermagem, tendo havido correspondência entre o cuidado prescrito e a *NIC* em 206 casos (97,2%). Esses números evidenciam claramente a semelhança existente entre as prescrições de cuidados de enfermagem do CTI/HCPA e as intervenções/atividades propostas pela *NIC* para os diagnósticos de enfermagem de maior frequência na unidade.

Entre as 119 intervenções *NIC* envolvidas no mapeamento, 14 eram prioritárias, 27 eram sugeridas, 26 eram adicionais optativas e 52 não eram ligadas ao diagnóstico de enfermagem em análise. Todavia, apesar do grande número de intervenções não ligadas aos diagnósticos, quando verificado o número de cuidados de enfermagem mapeados nesses diferentes níveis de intervenções, conclui-se que a grande maioria foi mapeada nas intervenções prioritárias para os diagnósticos em questão, o que reforça o grau de importância dessas intervenções e vai ao encontro do que a *NIC* preconiza.

Assim, 84 (39,6%) cuidados prescritos foram mapeados nas intervenções prioritárias da *NIC*, 45 (21,2%) nas intervenções sugeridas, 41 (19,3%) nas adicionais optativas e 36 (17%) nas não ligadas ao diagnóstico, o que demonstra, mais uma vez, a importância e adequação do nível de prioridade de cada intervenção *NIC* ligada aos diagnósticos de enfermagem, assim como também dos cuidados prescritos no CTI/HCPA.

Considerando-se os dez cuidados de enfermagem mais frequentemente prescritos no CTI/HCPA, para cada um dos seis diagnósticos de enfermagem mais

freqüentes, conclui-se que para todos também existe o predomínio do seu mapeamento em intervenções prioritárias e sugeridas pela *NIC*.

Quando analisadas as 62 diferentes intervenções *NIC* (57 após exclusão das cinco que se repetiram em diferentes classes) utilizadas no mapeamento cruzado, conclui-se que a maioria, ou seja, 26 (42%), está localizada no domínio fisiológico complexo, 23 (37%) no domínio fisiológico básico, 6 (9,7%) em cada um dos domínios comportamental e de segurança e, por último, uma (1,6%) intervenção no domínio família (Quadro 14).

Em relação às classes de cada domínio, a predominância é de intervenções localizadas na classe K – Controle respiratório (domínio fisiológico complexo), com dez intervenções (Quadro 14). Esse dado remete aos percentuais elevados de pacientes internados no CTI com diagnósticos de enfermagem ligados à área respiratória e, conseqüentemente, com necessidade de muitos cuidados de enfermagem relacionados a eles.

A segunda classe a localizar o maior número de intervenções é a F – Facilitação do autocuidado (domínio fisiológico básico), com nove intervenções, o que reflete o percentual de 98,1% de internações na unidade com o diagnóstico “Déficit no autocuidado: banho e ou higiene”.

Na seqüência, nas classes de Controle de eliminações (domínio fisiológico básico) e Controle da pele/lesões (domínio fisiológico complexo), houve sete intervenções em cada uma e na classe de Controle de risco (domínio segurança), seis intervenções, entre as quais “Controle de infecção”, amplamente utilizada no mapeamento dos cuidados prescritos para os pacientes com diagnóstico “Risco para infecção”.

Nos domínios 6 e 7 da *NIC* não foram encontradas intervenções utilizadas neste mapeamento cruzado.

Comparando-se as 57 diferentes intervenções advindas do mapeamento cruzado com as 54 intervenções apresentadas pela *American Association of Critical-*

*Care Nurses*, conclui-se que 17 (29,8%) são coincidentes. Dessas, a maioria, 11 intervenções, está no domínio fisiológico complexo, duas no domínio fisiológico básico, três no domínio comportamental e uma no domínio segurança.

A predominância de intervenções do domínio fisiológico complexo leva a concluir que a prática de enfermagem em terapia intensiva está intimamente ligada à resolução de problemas que requerem intervenções para o suporte do cuidado da regulação homeostática do indivíduo, ou seja, do domínio fisiológico complexo.

Entretanto, é importante destacar que os resultados deste estudo também apontaram um número significativo de intervenções ligadas ao domínio fisiológico básico, o que não se observa nas intervenções essenciais às unidades de cuidado intensivo apresentadas pela *NIC*.

Por fim, cabe salientar que, apesar de a *NIC* ser uma classificação bastante ampla, esta pesquisa pôde evidenciar as intervenções mais comuns à prática clínica de enfermagem em terapia intensiva, tendo-se por base um conjunto de diagnósticos de enfermagem freqüentemente estabelecidos.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LeFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 281 p.

ANDRADE, M. T. S. **Cuidados intensivos**. Trad. Maria Teresa Ramalhal Teixeira. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. 580 p. (Guias práticos de enfermagem).

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 618 p.

BARROS, A. L. B. L. de. **O trabalho docente assistencial da enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM**. São Paulo, 1998. 139 f. Tese (Livre docência) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

\_\_\_\_\_. *et al.* **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. São Paulo: ARTMED, 2002. 272 p.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia, 1998. 178 p.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001. 220 p.

BERSUSA, A. A .S. **Validação do diagnóstico alteração da perfusão tissular periférica nos pacientes com vasculopatia periférica de membros inferiores**. São Paulo, 1998. 191 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acesso em: 21 mar. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc\\_p/LF7498\\_86exerc\\_p.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/LF7498_86exerc_p.doc). Acesso em: 21 mar. 2005.

CAFER, C. R. *et al.* Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 347-353, out./dez. 2005.

CAMIÁ, G. E. K.; MARIN, H. F.; BARBIERI, M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que freqüentam serviço de planejamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 26-34, mar./abr. 2001.

CANERO, T. R.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L.E. Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 100-104, 2004

CARMAGNANI, M. I. S.; CUNHA, I. C. K. O.; BEHLAU, M. S. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à laringectomia. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 51-61, 2003.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 488 p.

CHAVES, E. H.; LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Intensive care unit nursing interventions for the nursing diagnosis risk for infection. *In*: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **NANDA, NIC, NOC 2004: a book of abstracts**. Chicago, 2004. 125 p. p. 95.

CHIANCA, T. C. M. Mapeamento das ações de enfermagem do CIPESC às intervenções de enfermagem da NIC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 513-518, set./out. 2003.

COENEN, A.; RYAN, P.; SUTTON, J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the nursing interventions classification (NIC). **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 8, n. 4, p. 145-151, Oct./Dec. 1997.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE - Beta 2**. Trad. Heimar F. Marin. São Paulo, 2003. 302 p.

CROSSETTI, M. G. O. **Análise da estrutura da prescrição de enfermagem: implicações assistenciais e educacionais**. Rio de Janeiro, 1989. 183 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989.

\_\_\_\_\_. **Avaliação dos diagnósticos de enfermagem reais e de risco dos pacientes assistidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2003. 9 f. Projeto de Pesquisa, Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CROSSETTI, M. G. O.; DIAS, V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem – experiência brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 720-724, nov./dez. 2002.

CROSSETTI, M. G. O. *et al.* **Desenvolvendo um sistema informatizado para aplicação do processo de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2001. 12 f. Projeto de Pesquisa, Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

\_\_\_\_\_. *et al.* **Introduzindo o processo diagnóstico como registro no cuidado na enfermagem em um hospital universitário**. Porto Alegre, 1999. 17 f. Projeto de Pesquisa, Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

CROSSETTI, M. G. O. *et al.* **O uso da informática nas práticas de cuidado construindo modelos de registro com foco nos diagnósticos de enfermagem no serviço de enfermagem em centro cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Porto Alegre, 2003a. 14 f. Projeto de Pesquisa, Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. *et al.* **Planejamento, implantação e avaliação de um modelo informatizado da sistematização da assistência de enfermagem em pacientes adultos com doenças crônicas não transmissíveis.** Porto Alegre, 2003b. 16 f. Projeto de Pesquisa, Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. *et al.* O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 705-708, nov./dez. 2002.

CRUZ, D. M. *et al.*, Congruence of terms between lists of problems and the ICNP – Alpha version. **International Nursing Review**, Genève, n. 47, p. 89-96, 2000.

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. Synthesis of methods, rules, and issues of standardized nursing intervention of language mapping. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 8, n. 4, p. 152-156, Nov./Dec. 1997.

DOCHTERMAN, J. M.; JONES, D. A. (Ed.). **Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC and NOC.** Washington (DC): Nurses Books, 2003. 133 p.

DOCHTERMAN, J. M. *et al.* Describing use of nursing interventions for three groups of patients. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 37, n. 1, p. 57-66, First Quarter, 2005.

DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnósticos e intervenções em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1999. 560 p.

DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F. ; GLEISSLER, A. C. **Planos de cuidado de enfermagem:** orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 970 p.

FARIAS, J. N. de *et al.* **Diagnóstico de enfermagem:** uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160 p.

FLÓRIO, M. C. S.; GALVÃO, C. M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 630-637, set./out. 2003.

GALDEANO, L. E. *et al.* Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 199-206, mar./abr. 2003.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 338 p.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação de pesquisa em saúde.** 2. ed. Porto Alegre: DaCasa, 2000. 199 p.

GRANT, J. S.; KINNEY, M. R. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 3, n. 1, p. 12-22, Jan./Mar. 1992.

GUERRIERO, A. L. S.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; MARIA, V. L. R. Diagnósticos de enfermagem do paciente adulto no primeiro pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 59-67, maio/ago. 2000.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. **Intervenções de enfermagem propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC) para o diagnóstico de enfermagem “excesso de volume de líquidos”.** São Paulo, 2000. 163 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. ; BARROS, A. L. B. L. Classificação das intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 130-134, jun. 2001.

GUTIÉRREZ, M. G. R. de; SOUZA, M. F. de. Intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. *In:* GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Idéia, 2000. 204 p. (Série didática: enfermagem no SUS). p. 37-41.

HENRY, S. B. *et al.* A comparison of Nursing Intervention Classification and Current Procedural Terminology Codes for representing nursing interventions in HIV diseases. *In:* MEDINFO, 8., July 1995, Vancouver. **Proceedings...** Edmonton: Health Care Computing & Communications Canada, 1995. p. 131-134.

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

HUR, H. K.; KIM, S-S.; STOREY, M. Nursing diagnoses and interventions used in home care in Korea. **Nursing Diagnoses**, San Francisco, July/Sept. 2000. Disponível em:  
[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3836/is\\_200007/ai\\_n8915398/print](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3836/is_200007/ai_n8915398/print). Acesso em: 15 set. 2006.

HYUN, S.; PARK, H. A. Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. **International Nursing Review**, Genève, n. 49, p. 99-110, 2002.

IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Trad. Regina M. Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325 p.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (Org.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 639 p.

JOHNSON, M. *et al.* **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC.** Trad. Ana Thorel. Porto Alegre: ARTMED, 2005. 506 p.

\_\_\_\_\_ *et al.* **NANDA, NOC, and NIC linkages.** 2. ed. St. Louis: Mosby, 2006. 698 p.

KILLEN, A. R. *et al.* The prevalence of perioperative nurse clinical judgments. **AORN Journal**, Denver, v. 65, n. 1, p. 101-108, Jan. 1997.

KONOPKA, L. M. **Interação paciente-família-equipe de enfermagem: uma proposta humanizadora.** Curitiba, 2000. 71 f. Monografia (Especialização). Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

LEE, E.; LEE, M. Comparison of nursing interventions performed by medical-surgical nurses in Korea and the United States. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 17, n. 2, p. 110-117, Apr/Jun. 2006.

LEVIN, R. L.; LUNNEY, M.; KRAINOVICH-MILLER, B. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 15, n. 4, p. 114-122, Oct/Dec. 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. de. Cross-mapping: uma alternativa para análise de dados em enfermagem [resumo]. *In:* SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 7., 29 maio-1 jun. 2004a, Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte, 2004a. 231p. p.154.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para análise de dados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. Mapeamento das intervenções de enfermagem na unidade de terapia intensiva, para o diagnóstico “Risco para infecção” [resumo]. *In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM*, 7., 29 maio-1 jun. 2004, Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte, 2004b. 231p. p.153.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. Mapping nursing prescriptions for ineffective breathing pattern in an intensive care unit and NIC. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 32, Jan/Mar. 2006a.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. Most frequent nursing diagnosis in a brazilian intensive care unit. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 70, Jan./Mar. 2006b.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. Nursing diagnoses in a Brazilian intensive care unit. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 17, n. 3-4, July/Dec. 2006c.

LUNNEY, M. Critical thinking and accuracy of nurses’ diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 14, n. 3, p. 96-107, Jul./Sept. 2003a.

\_\_\_\_\_. Critical thinking and accuracy of nurses’ diagnoses. Part I: risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 17-24, 2003b.

\_\_\_\_\_. Critical thinking and accuracy of nurses’ diagnoses. Part II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 106-112, 2003c.

LUNNEY, M. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC. **The Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 36, n. 3, p. 118-125, Mar. 2006.

\_\_\_\_\_. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises**. Trad. Rômulo Marques. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 384 p.

MACIEL, S. S. A. ; BOCCHI, S. C. M. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 233-242, mar./abr. 2006.

MARIA, V. L. R. **Elaboração de diagnósticos de enfermagem do paciente coronariano em estado crítico**. São Paulo, 1997. 232 f. Tese (Doutorado). Escolas de Enfermagem de São Paulo e de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MARTINS, I. **Análise das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas**. São Paulo, 2003. 161 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

MARTINS, I.; GUTIÉRREZ, M.G. R. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 143-149, abr./jun. 2005.

McCLOSKEY, J. C; BULECHEK, G. M. (Ed.). **Nursing Interventions Classification (NIC)**. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992. 581 p.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. (Ed.). **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 2. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1996. 739 p.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. (Ed.). **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 3. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 2000. 910 p.

McCLOSKEY, J. C; BULECHEK, G. M. (Ed.). **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 4. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 2004a. 1061 p.

\_\_\_\_\_. ; \_\_\_\_\_. (Org.). **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Trad. Regina Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004b. 1089 p.

MICHEL, J. L. M. **Validação de instrumento para coleta de dados de pacientes cardiopatas**. São Paulo, 1999. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 8, n. 4, p. 137-144, Oct./Dec. 1997.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. (Ed.). **Nursing outcomes classification (NOC)**. 3 ed. St. Louis: Mosby, 2004. 855 p.

MOTTA, V. T.; WAGNER, M. B. **Bioestatística**. Caxias do Sul: EDUCS; São Paulo: Robe, 2003. 201 p.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000**. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: ARTMED, 2000. 184 p.

NANDA. **Nursing diagnoses: definitions & classification 2005-2006**. Philadelphia: NANDA International, 2005. 291 p.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Trad. Cristina Correa. Porto Alegre: ARTMED, 2006. 312 p.

NAPOLEÃO, A. A. *et al.* Análise da produção científica sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 608-613, 2006.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 174 p.

NÓBREGA, M. M. L. Perspectiva da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem: universalização dos termos. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1991, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem / SP, 1991. p. 135-144.

\_\_\_\_\_ *et al.* Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos da enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 33-44, 2003. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista5\\_2/index.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista5_2/index.html). Acesso em: 5 set. 2006.

PAIM, L. **Qualitativos e quantitativos do cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1977. 125 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

PALLÁS, J. M. A.; VILLA, J. J. **Métodos de investigación: clínica y epidemiológica**. 2. ed. Madrid: Harcourt, 2000. 364 p.

PASINI, D. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 501-518, dez. 1996.

PICOLI, M.; GALVÃO, C. M. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 37-43, 2001.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

POTTER, P. **Semiologia em enfermagem**. Trad. Sônia R. de Souza. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002. 436 p.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F.L.(Org.). **Fundamentos de enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1999, 341p.

RIVERA, J. C; PARRIS, K. M. Use of nursing diagnoses and interventions in public health nursing practice. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 9, n. 4, p. 37-43, Jan./Mar. 2002.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-676, nov./dez. 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Trad. Catarina S. da Motta *et al.* 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 2 v.

SOUZA, M. F. As classificações e a construção do conhecimento na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 691-696, nov./dez. 2002.

STEFANELLI, M. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993. 200 p.

SWEARINGEN, P. L.; KEEN, J. H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico**: intervenções em enfermagem e problemas colaborativos. Trad. Ane Marie Weisseheimer *et al.* 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. 943 p.

VENTURA, M. R. **Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções em pacientes críticos em unidade de terapia intensiva**. São Paulo, 2001. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

VOLPATO, M. P. **Diagnósticos de enfermagem em clientes internadas em unidade médico-cirúrgica.** São Paulo, 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

WAGNER, M. B.; MOTTA, V. T.; DORNELLES, C. C. **SPSS passo a passo:** Statistical Package for the Social Sciences. Caxias do Sul: EDUCS, 2004. 172 p.

WEED, L. L. Medical records, patient care, and medical education. **Irish Journal of Medical Science**, Dublin, v. 17, n. 6, p. 271-282, Jun. 1964.

YOM, Y. H.; CHI, S. A.; YOO, H. S. Application of nursing diagnosis, interventions, and outcomes to patients undergoing abdominal surgery in Korea. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 13, n. 3, p. 77-87, July/Sept. 2002.

ZIELSTORFF, R. D. *et al.* Mapping nursing diagnosis nomenclatures for coordinated care. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v. 30, n. 4, p. 369-373, 1998.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Tabelas Complementares: de 21 a 27

**Tabela 21** – Etiologias (fatores relacionados ou de risco) identificadas no CTI/HCPA para os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Porto Alegre, 2006.

Etiologias (fatores relacionados ou de risco)	Frequência	%
Atividade neuromuscular prejudicada	981	21,8
Procedimento invasivo	948	21,1
Terapias restritivas	563	12,5
Imobilidade	471	10,5
Dor	422	9,4
Evolução da doença	222	4,9
Processo infeccioso de vias aéreas	135	3,0
Fadiga	133	3,0
Trauma	118	2,6
Fatores mecânicos	102	2,3
Congestão	100	2,2
Equipamentos externos	87	1,9
Broncoespasmo	42	0,9
Efeitos de medicamentos	27	0,6
Confusão mental	25	0,6
Secreções espessas e /ou excessivas	19	0,4
Estado nutricional	18	0,4
Imunossupressão	16	0,4
Alteração no metabolismo e ou exigências calóricas aumentadas	14	0,3
Contato com doença infectocontagiosa	11	0,2
Alteração vascular	9	0,2
Uso de medicação imunossupressora	7	0,2
Extremos de idade	6	0,1
Tecidos traumatizados	6	0,1
Ansiedade	4	0,1
Déficit visual	3	0,1
Processos inflamatórios	2	0,0
Depressão	1	0,0
Permanência prolongada no hospital	1	0,0
<b>Total</b>	<b>4.493</b>	<b>100</b>

**Tabela 22** – Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Déficit no autocuidado: banho e/ou higiene”. Porto Alegre, 2006.

Etiologias (fatores relacionados)	Frequência	%	%
		Internação (n = 972)	Etiologia (n = 1.288)
Terapias restritivas	328	33,7	25,5
Atividade neuromuscular prejudicada	231	23,8	17,9
Evolução da doença	222	22,8	17,2
Imobilidade	192	19,8	14,9
Dor	152	15,6	11,8
Fadiga	81	8,3	6,3
Trauma	49	5,0	3,8
Confusão mental	25	2,6	1,9
Efeitos de medicamentos	5	0,5	0,4
Déficit visual	3	0,3	0,2
<b>Total</b>	<b>1.288</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

**Tabela 23** – Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Risco para infecção”. Porto Alegre, 2006.

Etiologias (fatores de risco)	Frequência	%	%
		Internação (n = 950)	Etiologia (n = 989)
Procedimento invasivo	948	99,8	95,9
Imunossupressão	16	1,7	1,6
Contato com doença infectocontagiosa	11	1,2	1,1
Uso de medicação imunossupressora	7	0,7	0,7
Tecidos traumatizados	6	0,6	0,6
Permanência prolongada no hospital	1	0,1	0,1
<b>Total</b>	<b>989</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

**Tabela 24** – Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Mobilidade física prejudicada”. Porto Alegre, 2006.

Etiologias (fatores relacionados)	Frequência	%	%
		Internação (n = 588)	Etiologia (n = 694)
Terapias restritivas	235	40,0	33,9
Atividade neuromuscular prejudicada	193	32,8	27,8
Dor	140	23,8	20,2
Equipamentos externos	87	14,8	12,5
Trauma	28	4,8	4,0
Efeitos de medicamentos	8	1,4	1,2
Processos inflamatórios	2	0,3	0,3
Depressão	1	0,2	0,1
<b>Total</b>	<b>694</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

**Tabela 25** – Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Padrão respiratório ineficaz”. Porto Alegre, 2006.

Etiologias (fatores relacionados)	Frequência	%	%
		Internação (n = 494)	Etiologia (n = 635)
Atividade neuromuscular prejudicada	183	37,0	28,8
Dor	130	26,3	20,5
Congestão	100	20,2	15,7
Processo infeccioso de vias aéreas	65	13,2	10,2
Fadiga	52	10,5	8,2
Trauma	41	8,3	6,5
Broncoespasmo	27	5,5	4,3
Secreções espessas e /ou excessivas	19	3,8	3,0
Efeitos de medicamentos	14	2,8	2,2
Ansiedade	4	0,8	0,6
<b>Total</b>	<b>635</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

**Tabela 26** – Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Incapacidade para manter respiração espontânea”. Porto Alegre, 2006.

Etiologias (fatores relacionados)	Frequência	%	%
		Internação (n = 427)	Etiologia (n = 459)
Atividade neuromuscular prejudicada	374	87,6	81,5
Processo infeccioso de vias aéreas	70	16,4	15,3
Broncoespasmo	15	3,5	3,3
<b>Total</b>	<b>459</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

**Tabela 27** – Etiologias identificadas no CTI/HCPA para o diagnóstico de enfermagem “Risco para prejuízo da integridade da pele”. Porto Alegre, 2006.

Etiologias (fatores de risco)	Frequência	%	%
		Internação (n = 403)	Etiologia (n = 428)
Imobilidade	279	69,2	65,2
Fatores mecânicos	102	25,3	23,8
Estado nutricional	18	4,5	4,2
Alteração no metabolismo e ou exigências calóricas aumentadas	14	3,5	3,3
Alteração vascular	9	2,2	2,1
Extremos de idade	6	1,5	1,4
<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

### APÊNDICE B – Tabela Complementar: 28

**Tabela 28** – Prescrições de cuidados de enfermagem realizadas no CTI/HCPA para os seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Porto Alegre, 2006.

Prescrições de cuidados de enfermagem	Frequência	%
Realizar banho de leito	946	4,9
Higienizar couro cabeludo	912	4,7
Verificar sinais vitais	872	4,5
Manter cabeceira elevada	824	4,2
Implementar protocolo de rotinas para prevenção de úlcera de decúbito	802	4,1
Implementar rotina de cuidados na punção venosa	767	3,9
Verificar saturação de oxigênio	720	3,7
Implementar rotina de cuidados com soroterapia	643	3,3
Implementar rotina de cuidados com TET*	605	3,1
Implementar rotina para manuseio de cateter venoso central	578	3,0
Implementar rotina para troca de curativos de cateter venoso central	576	3,0
Manter colchão piramidal	573	2,9
Implementar rotinas com oxigenioterapia – ventilação mecânica	558	2,9
Implementar rotina de cuidados com sondagem vesical de demora	542	2,8
Realizar mudança de decúbito	525	2,7
Realizar higiene oral	455	2,3
Implementar rotina para tricotomia facial	442	2,3
Implementar rotina de cuidados para higiene oral	437	2,2
Implementar rotina de cuidados com administração de medicamentos	382	2,0
Realizar curativos	381	2,0
Implementar rotina de cuidados para aspiração TET e orofaringe	363	1,9
Observar pertuito e locais de inserção de cateteres	340	1,7
Implementar rotina de cuidados com cateter arterial	323	1,7
Explicar previamente os procedimentos	322	1,7
Proteger as proeminências ósseas	283	1,5
Comunicar alterações no padrão respiratório	268	1,4
Implementar rotinas com oxigenioterapia - cateter nasal	267	1,4
Vigiar padrão respiratório	262	1,3
Aspirar secreções	229	1,2
Auxiliar o paciente na higiene oral	224	1,1
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em aspiração	218	1,1
Realizar higiene perineal após cada evacuação	174	0,9
Comunicar alterações do padrão ventilatório	170	0,9
Avaliar aspecto da ferida operatória	167	0,9
Comunicar sinais de dor	151	0,8
Implementar cuidados com dreno	151	0,8
Implementar rotina de cuidados com sonda nasogástrica	146	0,7

Cont...

		Cont...
Auxiliar na mudança de decúbito	141	0,7
Implementar rotina de cuidados com sonda nasoentérica	129	0,7
Vigiar sensorio	127	0,7
Observar aspecto do escarro	126	0,6
Observar sinais de infecção	114	0,6
Realizar tricotomia facial	101	0,5
Sentar paciente na cadeira	91	0,5
Implementar rotinas com oxigenioterapia - por máscara de Venturi	87	0,4
Implementar rotina de cuidados com eliminação urinária	83	0,4
Manter períneo limpo e seco	79	0,4
Manter repouso absoluto	77	0,4
Implementar rotina de cuidados na aspiração de orofaringe	67	0,3
Auxiliar no banho de chuveiro	66	0,3
Implementar rotinas de cuidados com oxigenioterapia - óculos nasal	66	0,3
Manter repouso relativo	60	0,3
Avaliar eficácia da analgesia	54	0,3
Proporcionar privacidade durante a rotina do banho	52	0,3
Promover segurança e conforto	51	0,3
Estimular saída do leite	48	0,2
Estimular higiene oral	48	0,2
Implementar rotina de cuidados com oxigenioterapia – CPAP**	47	0,2
Auxiliar paciente sentar na cadeira	44	0,2
Realizar rodízio na verificação de glicemia capilar	44	0,2
Estimular a movimentação no leito	44	0,2
Manter grades no leito	42	0,2
Registrar aspecto da lesão	41	0,2
Tranquilizar o paciente	40	0,2
Implementar rotina de cuidados com traqueostomia	35	0,2
Orientar paciente	33	0,2
Realizar rodízio nas aplicações subcutâneas	33	0,2
Implementar rotina de cuidados com dreno de tórax em selo d'água	33	0,2
Estimular exercícios respiratórios	32	0,2
Implementar rotina de cuidados com aspiração – traqueostomia	30	0,2
Orientar paciente e familiares	29	0,1
Manter a campainha ao alcance do paciente	26	0,1
Implementar protocolo de cuidados para úlcera de pressão	25	0,1
Observar condições de suturas	24	0,1
Proteger a pele para evitar rompimento	23	0,1
Estimular o auto cuidado	22	0,1
Levar o paciente ao chuveiro	22	0,1
Fluidificar secreções	21	0,1
Estimular expectoração	21	0,1
Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	20	0,1
Implementar cuidados com paciente imunodeprimido	20	0,1
Auxiliar paciente a ir ao banheiro	19	0,1
Auxiliar movimentos ativos	19	0,1

Cont...

		Cont...
Implementar rotina de cuidados com NPT***	18	0,1
Implementar rotina de cuidados na aspiração de nasofaringe	18	0,1
Estimular movimentos ativos	18	0,1
Realizar higiene corporal no chuveiro	18	0,1
Orientar exercícios respiratórios	18	0,1
Manter vigilância constante	17	0,1
Proporcionar posição confortável ao paciente	17	0,1
Auxiliar na troca de roupas	16	0,1
Implementar rotina de cuidados com jejunostomia	15	0,1
Implementar rotinas com oxigenioterapia – Ayre	14	0,1
Avaliar alterações do nível de consciência	14	0,1
Orientar pacientes e familiares sobre prevenção de infecção	14	0,1
Implementar cuidados de rotina com colostomia / ileostomia	13	0,1
Manter precaução respiratória	13	0,1
Implementar rotinas de cuidados com desmame ventilatório	13	0,1
Orientar a família	11	0,1
Observar padrão ventilatório e comunicar se alterações	11	0,1
Implementar cuidados com sondagem vesical de alívio	10	0,1
Colocar dispositivo de incontinência urinária	10	0,1
Realizar movimentos passivos	8	0,0
Pentear o cabelo	8	0,0
Orientar a importância da higiene corporal	7	0,0
Orientar familiares sobre o cuidado	7	0,0
Implementar rotina de cuidados com sonda orogástrica	6	0,0
Proporcionar ambiente calmo e confortável	6	0,0
Implementar rotina de cuidados com gastrostomia	6	0,0
Estimular os cuidados de higiene	5	0,0
Hidratar a pele	5	0,0
Possibilitar que o paciente verbalize seus sentimentos	5	0,0
Manter quarto individual	5	0,0
Auxiliar na organização do material para o banho	5	0,0
Manter cabeça em posição horizontal	4	0,0
Umidificar os lábios com gaze úmida	4	0,0
Estimular a deambulação	4	0,0
Proporcionar horário adequado para o banho	4	0,0
Medicar para dor antes dos procedimentos	4	0,0
Manter pertences próximo ao paciente	4	0,0
Acompanhar durante a deambulação	4	0,0
Auxiliar na deambulação	4	0,0
Usar travesseiros sob a pelve para alívio da pressão nos flancos	4	0,0
Oferecer cadeira de rodas	4	0,0
Estimular tosse durante a aspiração traqueal	3	0,0
Solicitar avaliação	3	0,0
Implementar medidas para promover a micção	3	0,0
Supervisionar higiene oral	3	0,0
Implementar rotina de cuidados ao paciente com sonda de Blakemore	3	0,0

Cont...

		Cont...
Supervisionar o cuidado corporal	2	0,0
Manter precaução entérica	2	0,0
Supervisionar auto cuidado	2	0,0
Implementar rotina de oxigenioterapia por BIPAP****	2	0,0
Manter precaução cutânea	2	0,0
Manter decúbito lateral	2	0,0
Organizar material para banho	2	0,0
Providenciar equipamento auxiliar para o banho	2	0,0
Interagir com o paciente	2	0,0
Solicitar apoio de familiar	2	0,0
Orientar para auto cuidado	1	0,0
Implementar cuidados de rotina na lavagem de sonda vesical	1	0,0
Implementar rotina de cuidados ao paciente submetido a fibrobroncoscopia	1	0,0
Registrar aspecto da secreção	1	0,0
Implementar rotina de cuidados de higiene ocular paciente comatoso	1	0,0
Elevar membros inferiores	1	0,0
Oferecer hidratante para a pele	1	0,0
Apoiar o paciente e a família	1	0,0
Realizar rodízio para medicação	1	0,0
Instilar soro fisiológico	1	0,0
<b>Total</b>	<b>19.490</b>	<b>100</b>

\* TET = Tubo endotraqueal

\*\* CPAP = *Continuous Positive Airway Pressure*.

\*\*\* NPT = Nutrição parenteral total

\*\*\*\* BIPAP = *Biphasic Intermittent Positive Airway Pressure*.

## ANEXOS

### ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

#### RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 03-438

**Pesquisadores:**

AMALIA DE FATIMA LUCENA

ALBA LUCIA BOTURA LEITE DE BARROS

**Título:** INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:  
ANÁLISE SEGUNDO O REFERENCIAL DA NURSING INTERVENTIONS  
CLASSIFICATION

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Porto Alegre, 17 de novembro de 2003.

  
Prof. Theresia Reverte da Silveira  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

## ANEXOS B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

São Paulo, 5 de dezembro de 2003

CEP Nº 1483/03

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a): AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA

Disciplina/Departamento: Enfermagem/Enfermagem

Ref.: Projeto de Pesquisa

Intervenções de enfermagem na unidade de terapia intensiva: análise segundo o referencial da nursing interventions classification

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto acima.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **02/06/04**

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

"Ressaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patentáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

## ANEXOS C – Termo de Compromisso para Utilização de Dados



**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**

### Termo de Compromisso para Utilização de Dados

**Título do Projeto**

<p>Intervenções de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: análise segundo o referencial da Nursing Interventions Classification</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 15 de outubro de 2003.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Amália de Fátima Lucena	
Alba Lucia Botura Leite de Barros	