

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**DEBORAH HEIN SEGANFREDO**

**VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A *NURSING*  
*OUTCOMES CLASSIFICATION* – NOC NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Porto Alegre**

**2010**

**DEBORAH HEIN SEGANFREDO**

**VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A *NURSING  
OUTCOMES CLASSIFICATION* – NOC NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida.

**Porto Alegre**

**2010**

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP  
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

---

S554v Seganfredo, Deborah Hein

Validação de resultados de enfermagem segundo a  
Nursing Outcomes Classification-NOC na prática clínica  
de enfermagem em um hospital universitário [manuscrito]  
/ Deborah Hein Seganfredo. – 2010.  
87 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.  
Orientação: Miriam de Abreu Almeida.

1.Diagnóstico de enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Processos  
de enfermagem. 4. Avaliação em enfermagem. 5. Nursing  
Outcomes Classification. I. Almeida, Miriam de Abreu. II.  
Título.

WY 100.4

---

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

Dedico este trabalho à minha mãe,  
Angela,  
pela paciência, entusiasmo  
e incentivos incansáveis  
no caminho rumo a esta conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

À Profa. Miriam de Abreu Almeida, minha orientadora e referência como professora e enfermeira, por compartilhar seus conhecimentos ao longo dessa trajetória de aprendizado.

À Profa. Amália Fátima Lucena, pelas ricas e imprescindíveis colaborações na construção deste trabalho.

Às professoras do Curso de Mestrado, pela paixão com que conduziram as disciplinas, pelo envolvimento com a construção do conhecimento na Enfermagem e por tudo que aprendi.

Às colegas, pela convivência e amizade.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por dar-me a honra de tornar-me mestre.

Às professoras Maria da Graça Oliveira Crossetti, Eneida Rabelo e Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, por aceitarem participar de minha banca e contribuírem para o aprimoramento deste trabalho.

Aos meus familiares, amigos e namorado, pela paciência e compreensão nos momentos de estresse e ausência.

## RESUMO

A relevância desta investigação está em descrever os Resultados de Enfermagem (RE) propostos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), passíveis de utilização na prática clínica. Os objetivos deste estudo foram identificar, na primeira etapa, os dois Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais frequentes em internações de pacientes clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva em um hospital universitário; validar, na segunda etapa, os REs NOC para os dois DEs em estudo; e validar, na terceira etapa, os indicadores dos REs da NOC validados anteriormente para o DE mais freqüente. A validação dos REs e de seus respectivos indicadores foi realizada tendo por base adaptação do modelo de Fehring, obtendo-se o consenso de 12 enfermeiros peritos que concordaram em participar da pesquisa, aprovada em comitê de pesquisa e ética das instituições envolvidas. O instrumento de coleta de dados na segunda etapa se constituiu dos REs propostos pela NOC para os dois DEs em estudo, sua definição e uma escala Likert de cinco pontos, destinada à pontuação conforme seu grau de importância na opinião dos peritos. Na terceira etapa, os indicadores de cada RE anteriormente validado também foram pontuados em escala Likert. Os dados foram analisados por estatística descritiva, considerando-se a média ponderada dos escores. Foram validados os REs que obtiveram médias iguais ou maiores a 0.80. O DE *Risco de Infecção* foi o mais freqüente, sendo validados oito (38,1%) dos 21 REs propostos pela NOC. O DE *Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene* foi o segundo DE mais freqüente e cinco (14,28%) dos 35 REs foram validados. Dos 132 indicadores propostos para os oito REs validados para *Risco de Infecção*, 67 (50,75%) foram validados. A utilização da NOC, embora recente em nosso meio, apresenta-se como uma alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Estudos de Validação, Enfermagem, Processos de Enfermagem, Avaliação em Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The relevance of this research is to describe the Nursing Outcomes (NO) proposed by the Nursing Outcomes Classification (NOC), which may be used in clinical practice. The objectives of this study were to identify, in the first stage, the two Nursing Diagnoses (ND) most frequent in hospitalized clinical, surgical and critical patients in a university hospital; validate, in the second stage, the NO from NOC for the two NDs in the study; and validate, in the third stage, the indicators of the NOs NOC previously validated for the ND most frequent. The validation of NOs and their respective indicators was performed by adapting the Fehring model, obtaining the consensus of 12 experts nurses who agreed to participate in the research, approved by Committee for Research and Ethics of the institutions involved. In the second stage, the instrument for data collection consisted of the NOs proposed by NOC for the two NDs in the study, its definition and a Likert scale of five points, destined to score the degree of importance in the opinion of experts. In the third stage, the indicators of each NO previously validated were also scored on a Likert scale. The data were analyzed by descriptive statistics, considering the weighted average of the scores. The NOs that obtained averages equal to or higher than 0.80 were validated. The ND Risk for Infection was the most frequent, being validated eight (38.1%) of 21 NOs proposed by the NOC. The ND Self-Care Deficit: Bathing/Hygiene was the second most frequent and five (14.28%) of 35 NOs were validated. Of the 132 indicators for the eight NOs validated for Risk for Infection, 67 (50.75%) were validated. The use of the NOC, although recent in our country, presents itself as a viable alternative to assess and identify best practices in nursing care.

Descriptors: Nursing Diagnosis, Validation Studies, Nursing, Nursing Process, Nursing Assessment.

## **RESUMEN**

La relevancia de esta investigación es describir los Resultados de Enfermería (RE) propuesto por la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), que pueden ser utilizados en la práctica clínica. Los objetivos de este estudio fueron identificar, en la primera etapa, los dos Diagnósticos de Enfermería (DE) más frecuentes en los pacientes clínicos, quirúrgicos y críticos hospitalizados en un hospital universitario; validar en la segunda etapa, los resultados NOC de los dos DEs en el estudio, y validar, en la tercera etapa, los indicadores de los REs NOC previamente validado para el DE con más frecuencia. La validación de los REs y sus respectivos indicadores se ha realizado sobre la adaptación del modelo de Fehring, obteniendo el consenso de 12 enfermeros expertos que han aceptado participar en la investigación, aprobadas en Comisión y Ética de la Investigación de las instituciones involucradas. El instrumento de recolección de datos, en la segunda etapa, consistió de los REs propuesto por la NOC para los dos DEs en el estudio, las definiciones, y una escala Likert de cinco puntos, para la puntuación de su nivel de importancia en la opinión de los expertos. En la tercera fase, los indicadores de cada RE previamente validado también recibieron calificaciones en una escala de Likert. Los datos fueron analizados por estadística descriptiva, teniendo en cuenta la media ponderada de las puntuaciones. Fueron validados los REs que obtuvieron un promedio igual o superior a 0,80. El DE más frecuente fue Riesgo de Infección, que tuvo ocho (38,1%) de los 21 REs propuestos por la NOC validados. El DE Déficit en el Autocuidado: Baño/Higiene fue el segundo más frecuente y cinco (14,28%) de 35 REs fueron validados. De los 132 indicadores para los ocho REs validado para Riesgo de Infección, 67 (50,75%) fueron validados. El uso de la NOC, aunque reciente en nuestro país, se presenta como una alternativa viable para evaluar y determinar las mejores prácticas en la atención de enfermería.

Descriptores: Diagnóstico de Enfermería, Estudios de Validación, Enfermería, Procesos de Enfermería, Evaluación en Enfermería.



## LISTA DE ABREVIATURAS

CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DE	Diagnóstico de Enfermagem
f	Frequência
GENF	Grupo de Enfermagem
GTDE	Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NIC	<i>Nursing intervention Classification</i>
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i>
RE	Resultado de Enfermagem
SEC	Serviço de Enfermagem Cirúrgica
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SEM	Serviço de Enfermagem Médica
SENCI	Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem
SEOH	Serviço de Enfermagem Onco-hematológica
SETI	Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAP	Unidade de Ambiente Protegido
%	Percentual

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – DEs mais frequentes no SEM, SEC e SETI do HCPA .....	29
Tabela 2 – Caracterização da amostra de enfermeiros peritos .....	31
Tabela 3 – Escore dos REs sugeridos pela NOC para o DE Risco de Infecção .....	33
Tabela 4 – Escores dos REs sugeridos e associados adicionais propostos pela NOC para o DE Déficit no Autocuidado: banho/higiene .....	35
Tabela 5 – Escore dos Indicadores propostos para o RE <i>Conhecimento: controle de infecção</i> .....	38
Tabela 6 – Escore dos Indicadores propostos para o RE Controle de riscos: processo infeccioso .....	39
Tabela 7 – Escore dos Indicadores propostos para o RE <i>Cicatrização de feridas: segunda intenção</i> .....	41
Tabela 8 – Escore dos Indicadores propostos para o RE <i>Cicatrização de feridas: primeira intenção</i> .....	42
Tabela 9 – Escore dos Indicadores propostos para o RE <i>Conhecimento: procedimento(s) de tratamentos</i> .....	44
Tabela 10 – Escore dos Indicadores propostos para o RE <i>Estado imunológico</i> .....	45
Tabela 11 – Escore dos Indicadores propostos para o RE <i>Integridade tissular: pele e mucosas</i> .....	46
Tabela 12 – Escore dos Indicadores propostos para o RE Controle de riscos: doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) .....	48

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	11
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	11
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	12
<b>3.1 O Processo de Enfermagem e a Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC</b> .....	12
<b>3.2 Estudos de validação de resultados de enfermagem</b> .....	15
<b>3.3 Diagnósticos de Enfermagem em pacientes cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva</b> .....	16
<b>4 MÉTODO</b> .....	22
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	22
<b>4.2 Local do Estudo</b> .....	23
<b>4.3 População e Amostra</b> .....	23
<b>4.4 Coleta de Dados</b> .....	25
4.4.1 Primeira etapa .....	25
4.4.2 Segunda etapa .....	25
4.4.3 Terceira etapa .....	26
<b>4.5 Análise dos Dados</b> .....	26
4.5.1 Primeira etapa .....	26
4.5.2 Segunda etapa .....	26
4.5.3 Terceira etapa .....	27
<b>4.6 Aspectos Éticos</b> .....	28
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	29

<b>5.1 Primeira Etapa</b> .....	29
<b>5.2 Segunda etapa</b> .....	31
5.2.1 Caracterização da amostra de peritos.....	31
5.2.1 Resultados de Enfermagem validados para os DEs <i>Risco de infecção, Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene e Ansiedade</i> .....	33
<b>5.3 Terceira etapa</b> .....	38
<b>6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>ANEXO A - Parecer HCPA acerca da realização do projeto maior</b> .....	56
<b>ANEXO B - Parecer Compesq - UFRGS acerca da realização do projeto</b> .....	57
<b>ANEXO C - Parecer HCPA acerca da realização do projeto</b> .....	59
<b>Anexo D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados – HCPA</b> .....	60
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	61
<b>APÊNDICE B - Carta explicativa aos peritos e questionário para caracterização</b> .....	62
<b>APÊNDICE C - Instrumento para Segunda Etapa</b> .....	64
<b>APÊNDICE D - Carta com <i>feedback</i> dos resultados da segunda etapa e explicação para mudança de metodologia da terceira etapa</b> .....	76
<b>APÊNDICE E - Instrumento para terceira etapa</b> .....	78

## 1 INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados nos serviços de saúde é desenvolvida por profissionais de diferentes disciplinas, os quais contribuem no âmbito de suas atribuições para os resultados do paciente. Entretanto, faltam critérios objetivos para mensuração de forma padronizada dos resultados do paciente influenciados pelos cuidados de enfermagem, sendo sua importância já descrita na literatura<sup>(1)</sup>.

As últimas duas décadas foram focadas na determinação dos resultados do paciente em resposta às ações de saúde buscando identificar os efeitos individuais e coletivos dos serviços prestados. Estas informações são componentes essenciais na qualidade da avaliação dos cuidados e das pesquisas relacionadas. Linguagens padronizadas são necessárias para descrever resultados do paciente, realizar comparações entre diferentes populações, introduzir informações em sistemas informatizados para facilitar o uso na prática profissional e analisar tendências e efetividade dos cuidados realizados<sup>(2)</sup>.

Tendo em vista as necessidades crescentes das enfermeiras por descrever e mensurar os resultados da prática, foram criadas terminologias, sendo a *Nursing Outcomes Classification*, iniciada em 1991, a mais desenvolvida e utilizada. A equipe que desenvolveu a NOC, integrada por experientes pesquisadores da *University of Iowa*, realizou vasta revisão de literatura com o propósito de identificar indicadores e resultados do paciente influenciados pelas ações da enfermagem, sendo estes agrupados e refinados por enfermeiras peritas de diversas especialidades<sup>(3)</sup>. Os Resultados de Enfermagem (RE) do *Iowa Outcomes Project* têm sido constantemente testados para verificar a sua validade e confiabilidade em várias especialidades<sup>(4)</sup>.

A NOC é complementar a outras duas classificações, a *North American Nursing Diagnosis Association International* – NANDA-I, que agrupa os Diagnósticos de Enfermagem e a *Nursing Intervention Classification* – NIC, que agrupa as intervenções e atividades de enfermagem. Estas três terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do Processo de Enfermagem<sup>(5, 6)</sup>.

A lei 7.498 de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem estabelecendo que pertence privativamente ao enfermeiro a prescrição da assistência de enfermagem. Em 2002, a resolução 272 do COFEN normatiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), definindo-a como o método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença que subsidia ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. A institucionalização da SAE é considerada nesta resolução como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro, constituindo-se sua implementação em melhora efetiva da qualidade da assistência de Enfermagem<sup>(7, 8)</sup>. Em 2009 a resolução 358 do COFEN dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados. Esta resolução estabelece que PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem<sup>(9)</sup>.

Neste cenário da SAE e do uso de linguagens padronizadas, o HCPA já possui uma trajetória que inclui mais de 20 anos de experiência. Atualmente utiliza PE constituído de cinco etapas: coleta de dados/histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição dos cuidados, implementação e evolução. Este método pode ser entendido como uma atividade intelectual deliberada, que auxilia a enfermeira na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados<sup>(9-17)</sup>.

O modelo informatizado do PE no HCPA foi introduzido no ano de 2000 e contemplava os Diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo a Taxonomia I da *North American Nursing Diagnosis Association*, em conjugação à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta<sup>(18, 19)</sup>. Desde então, trabalha-se com DEs, que vem sendo atualizados conforme a taxonomia II da NANDA-I, de forma sistematizada<sup>(18)</sup>. As prescrições de enfermagem informatizadas e os cuidados prescritos estão baseados na literatura, na experiência da prática clínica das enfermeiras do hospital e, mais recentemente, nas intervenções descritas pela NIC. Entretanto, apesar desses avanços, não se mensuram os resultados alcançados pelo paciente, decorrentes dos cuidados de enfermagem implementados, a partir de critérios pré-estabelecidos e utilizando-se uma terminologia padronizada. O registro

é feito na evolução do paciente ao avaliar se um DE está mantido, melhorado, piorado ou encerrado.

Devido à experiência vivenciada como bolsista de iniciação científica desde 2006 e como integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), aliada ao interesse pela linha de pesquisa Práticas e Cuidado de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso de minha orientadora, senti-me impulsionada a dar continuidade às atividades de investigação que desenvolvi durante a graduação, principalmente no que se refere ao estudo de classificações padronizadas de enfermagem, particularmente a NOC.

Em pesquisa pioneira no país, desenvolvida em unidades cirúrgicas do HCPA, realizou-se validação de REs da NOC para pacientes submetidos à cirurgia ortopédica por enfermeiros peritos e teste de campo para acompanhamento da evolução do paciente no pós-operatório com o intuito de verificar a aplicabilidade da classificação na instituição<sup>(19, 20)</sup>. Porém, vislumbrou-se a necessidade de realizar estudo mais amplo que envolvesse todos os Serviços de Enfermagem do HCPA.

Neste sentido, elaborou-se o projeto intitulado “Validação de Resultados de Enfermagem segundo a *Nursing Outcomes Classification* – NOC na Prática Clínica de um Hospital Universitário” o qual foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sob o parecer nº 08.184 (ANEXO A) em 3/7/2008<sup>(21)</sup>.

A presente investigação está inserida neste projeto e focaliza os Serviços de Enfermagem Médica (SEM), Cirúrgica (SEC) e em Terapia Intensiva (SETI) que atendem pacientes adultos. Estes Serviços estão vinculados ao Grupo de Enfermagem (GENF) nos quais são desempenhadas atividades assistenciais, gerenciais, de educação permanente e ensino, de pesquisa e extensão e de integração docente assistencial.

Este estudo visa validar REs da NOC para os DEs mais frequentes no SEM, SEC e SETI do HCPA, com o propósito que implantá-la no sistema de prescrição de enfermagem informatizado da instituição. Buscou-se aprofundar o conhecimento sobre esta classificação e obter subsídios para discussão de formas de qualificação do cuidado de enfermagem prestado, como também do sistema computadorizado de prescrição de enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

Para a realização desta pesquisa foram estabelecidos os seguintes objetivos.

### **2.1 Objetivo Geral**

a) Validar os Resultados de Enfermagem NOC, selecionados a partir da ligação NOC-NANDA-I, para os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em internações de pacientes cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### **2.2 Objetivos Específicos**

a) Validar os Resultados de Enfermagem NOC para os dois Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em internações de pacientes cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva, a partir da ligação NOC-NANDA;

b) Validar os indicadores dos Resultados de Enfermagem – NOC a partir da validação realizada na etapa anterior, para o Diagnóstico de Enfermagem mais frequente.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se, a seguir, a revisão de literatura que dá sustentação ao estudo distribuída nos itens O Processo de Enfermagem e a Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC, Estudos de Validação de Resultados de Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem em pacientes clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva.

#### 3.1 O Processo de Enfermagem e a Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC

O PE, método norteador da SAE, organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: *Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)*, definido como processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença; *Diagnóstico de Enfermagem* definido como processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados; *Planejamento de Enfermagem* definido como a etapa em que se realiza a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem; *Implementação* definida como etapa onde acontece a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem; e *Avaliação de Enfermagem*, a última etapa do PE, que consta de processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de

mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem<sup>(9, 17)</sup>.

Portanto, tendo em vista a avaliação dos resultados da prática de Enfermagem sobre o tratamento de saúde do paciente, a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) vem sendo desenvolvida e testada desde 1991.

A NOC compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado. A classificação é complementar a outras duas classificações, a NANDA-I, que agrupa os DEs e a NIC, que agrupa as intervenções e atividades de enfermagem. Estas três terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do PE.

As pesquisadoras da *University of Iowa*, nos EUA, que lideraram os estudos da NIC e da NOC, desenvolveram ligações entre as três classificações (NANDA-I/NIC/NOC). Estas ligações foram criadas baseadas no julgamento clínico das pesquisadoras organizadoras e revisadas pelas demais autoras juntamente com enfermeiras clínicas e estudantes de graduação selecionados<sup>(5)</sup>.

As ligações entre os resultados NOC e os diagnósticos NANDA-I sugerem a relação entre o problema ou o estado atual do paciente e os aspectos do problema ou do estado que se espera que sejam resolvidos ou melhorados por meio de uma intervenção. As ligações entre os resultados NOC e as intervenções NIC sugerem uma relação entre a resolução do problema e as ações de enfermagem dirigidas a sua solução, ou o estado de um resultado que a intervenção espera influenciar<sup>(5)</sup>.

A primeira publicação da NOC, de 1997, continha 190 resultados. A segunda edição, datada de 2000, já contemplava 260 resultados e a terceira publicação, de 2004, foi ampliada para 330 resultados. A quarta edição, datada de 2008, ainda sem tradução para a língua portuguesa, traz 385 resultados agrupados em 31 classes e 7 domínios. Os 7 domínios são: Saúde Funcional, Saúde Fisiológica, Saúde Psicossocial, Conhecimento e Comportamento Saudável, Saúde Percebida, Saúde Familiar e Saúde Comunitária<sup>(6, 22, 23)</sup>.

A classificação está em contínua evolução, portanto, não estão incluídos todos os resultados que possam ser importantes à prática de enfermagem. À medida em que os enfermeiros revisam e utilizam os resultados na prática e na pesquisa,

outros resultados são identificados, e os atualmente em uso podem exigir modificações. Esse tipo de esforço aprimora a classificação, constrói o conhecimento e melhora o cuidado dispensado ao paciente, à família e à comunidade<sup>(23)</sup>.

O livro da NOC está dividido em seis partes, quais sejam: Parte 1 - apresenta tópicos explicativos sobre o desenvolvimento e importância dos resultados, a classificação atual, pesquisas nesta área e utilização da NOC na prática clínica; Parte 2 - apresenta uma visão geral da taxonomia NOC; Parte 3 - traz os resultados com suas definições e escalas para mensuração; Parte 4 - trata das ligações entre os resultados NOC e os diagnósticos NANDA, onde se apresentam resultados NOC sugeridos e associados adicionais para cada diagnóstico da NANDA; Parte 5 - apresenta os resultados fundamentais para as áreas de especialidades de enfermagem; Parte 6 - compreende os apêndices<sup>(22)</sup>.

Uma série de variáveis, além das intervenções de enfermagem, influenciam os resultados do paciente. Estas compreendem as ações realizadas por outros profissionais; aspectos organizacionais e ambientais que repercutem na seleção e na implementação das intervenções, de acordo com as características do paciente; sua saúde física e emocional; circunstâncias existenciais vividas pelo mesmo, entre outras. Cabe ao enfermeiro definir quais os resultados de cada paciente, família ou comunidade são mais sensíveis as intervenções de enfermagem no seu contexto assistencial<sup>(24)</sup>.

Um DE identifica um estado que está alterado, tem potencial para ser melhorado, e o resultado avalia o estado real em um determinado momento no tempo<sup>(22)</sup>.

Na NOC, cada resultado pode ser encontrado em uma classe apenas e possui um único código numérico, visando facilitar a sua inserção em um sistema informatizado. Cada resultado possui um nome, uma definição e uma lista de indicadores que descrevem o estado do paciente, o cuidador ou a família. Os resultados dispõem de escalas Likert de cinco pontos para avaliar os indicadores listados. Há 14 diferentes escalas Likert de cinco pontos desenvolvidas pelos pesquisadores da NOC para avaliar a ampla variedade de resultados que fazem parte da classificação. As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um *continuum*, de modo que o quinto ponto reflita a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do seu

estado por meio de diferentes pontuações ao longo do tempo. Na prática, deve-se medir o estado do cliente antes e depois de uma intervenção. A diferença entre uma medida e outra reflete o efeito da intervenção no resultado. A alteração no escore pode ser positiva, quando um segundo escore de resultados se eleva, negativa, quando diminui, ou nula, quando não há alteração<sup>(23)</sup>.

O uso da NOC possibilita, desta maneira, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado<sup>(22)</sup>.

### **3.2 Estudos de validação de resultados de enfermagem**

Vários modelos são propostos para validação de diagnósticos de enfermagem; entretanto, salienta-se o Modelo de *Fehring*, que vem sendo amplamente utilizado na enfermagem, apresentando como principal característica as validações diagnóstica de conteúdo e clínica. Por ser um modelo ao qual os enfermeiros encontram-se habituados, tem sido utilizado para a validação de resultados de enfermagem<sup>(3, 25, 26)</sup>.

Na validação de conteúdo, temos uma análise sistemática de um conteúdo, realizada por enfermeiros peritos, que são selecionados a partir de um sistema de pontuação<sup>(25, 27)</sup>.

A validação é uma das ferramentas utilizadas no PE, sendo vista como uma etapa importante, pois traz contribuições para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento e da prática clínica do enfermeiro. Podendo-se a partir de seu uso alicerçar a prática clínica do enfermeiro e subsidiar, não somente o estabelecimento de intervenções e REs, como também auxiliar a avaliação de todo o PE<sup>(28)</sup>.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, em um hospital de nível terciário que utiliza as classificações NANDA-NIC-NOC como guias para cuidado, teve como objetivo estimar a viabilidade, a validade do conteúdo e a responsividade aos cuidados de enfermagem em saúde pública para seis resultados de enfermagem NOC para uso individual em pacientes idosos. São eles: Autocuidado: Atividades da Vida Diária, Autocuidado: Atividades Instrumentais da Vida Diária, Comportamento de Promoção da Saúde, Conhecimento: Promoção da Saúde, Desempenho do Cuidador: Cuidado Direto e Saúde Física do Cuidador. A coleta foi realizada através

de instrumento enviado a 300 enfermeiros. Os REs tiveram seu nome, definição e indicadores validados em escala Likert de cinco pontos. Para estimar a sensibilidade dos resultados e indicadores dos REs à enfermagem, os peritos avaliaram a contribuição da enfermagem no alcance do RE em escala likert de cinco pontos (de 1 para enfermagem não contribui até 5 para principalmente contribuição da enfermagem). Para análise dos resultados do estudo foi utilizada adaptação do modelo de Fehring<sup>(25, 26)</sup>. Como resultados da pesquisa, foi evidenciado que todos os resultados NOC em estudo receberam pontuações médias maiores que 0,6, sendo, portanto, considerados sensíveis à enfermagem. Entre os indicadores, número superior a 50% não atingiu média de 0,6 em relação à contribuição da enfermagem para indicador, porém atingiram médias superiores a 0,6 para contribuição do indicador para o resultado<sup>(26)</sup>. Este estudo foi utilizado como modelo e contribuiu para a escolha da metodologia empregada na presente pesquisa.

Validar REs tem o objetivo de definir o grau em que um dado resultado e indicador são sujeitos a intervenções especificamente de enfermagem. Testar os REs significa colocar a prova o seu uso na prática clínica, como também, avaliar a efetividade das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, tendo como base um DE<sup>(26)</sup>.

No Brasil, como também internacionalmente, há um crescimento nas pesquisas sobre validação, não somente de DEs como também de REs<sup>(3, 26)</sup>. Porém, o número desses estudos ainda é insatisfatório, particularmente quando se refere aos últimos. Logo, esse fator auxilia a enfatizar a importância da realização de pesquisas nesta área, com a finalidade de reduzir incertezas, dificuldades e limitações que são ainda encontradas<sup>(27)</sup>.

### **3.3 Diagnósticos de Enfermagem em pacientes cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva**

Como parte do trabalho do enfermeiro, o DE constitui-se em uma ferramenta na busca pela individualização da assistência, objetivando o cuidado integral do paciente. A identificação dos DEs de um determinado grupo específico de pacientes possibilita ao enfermeiro o conhecimento das respostas humanas alteradas,

contribuindo para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas e individualizadas e o alcance dos REs desejados. Utilizado como instrumento de trabalho pelos enfermeiros, o DE mostra-se como uma forma de expressar as necessidades de cuidados que são identificados nos pacientes assistidos por eles<sup>(29)</sup>.

Estudos epidemiológicos acerca da frequência dos DEs em uma população contribuem para a organização da base de conhecimentos de enfermagem e para prever os cuidados de enfermagem necessários a uma população específica. Dados sobre a prevalência de DEs em populações específicas permitem estimar a probabilidade de que pessoas destas populações apresentem determinados DEs, favorecendo a previsão das necessidades de enfermagem e estimativas dos resultados que podem ser obtidos com os cuidados de enfermagem<sup>(30)</sup>.

No Brasil existem publicações de pesquisas de identificação de DEs em diversas áreas da enfermagem e a continuidade desses estudos permitirá acumular resultados que, integrados, poderão apoiar decisões sobre os focos clínicos nas diferentes áreas da enfermagem<sup>(30)</sup>.

Sendo o objetivo da Enfermagem prover assistência que atenda às necessidades do cliente, e o da instituição de saúde prestar um serviço efetivo e eficiente, o uso dos DEs beneficia a ambos, porque direciona a assistência de enfermagem para as necessidades de cada cliente e facilita a escolha de intervenções mais adequadas na busca de determinado resultado<sup>(31)</sup>.

O estudo de um grupo de clientes com características em comum proporciona a identificação dos DEs mais frequentes, suas causas e expressões. Além disso, favorece a identificação de estratégias para elevar a qualidade da assistência e contribui na formação de recursos humanos. DEs comuns a um grupo de indivíduos delineiam o perfil deste grupo, permitindo um direcionamento global das intervenções de enfermagem<sup>(32)</sup>.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados que demandam cuidados clínicos, cirúrgicos ou intensivos pode direcionar a assistência de enfermagem, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado, implementação de intervenções, avaliação de resultados, treinamento e qualificação da equipe<sup>(33)</sup>.

Cabe à enfermagem utilizar recursos que possam aprimorar a assistência prestada a esses pacientes. A implementação dos diagnósticos e intervenções de

enfermagem, de maneira precisa, constituem uma alternativa a ser utilizada, possibilitando a melhoria da qualidade dos resultados esperados<sup>(34)</sup>.

A etapa do diagnóstico de enfermagem tem sido objeto de investigação e vem representando um dos principais passos da sistematização da assistência de enfermagem por contribuir para a identificação dos problemas do cliente e posterior formulação das intervenções de enfermagem e apontamento dos resultados esperados<sup>(32)</sup>.

Contudo, para que o enfermeiro possa identificar perfis diagnósticos de diferentes clientela, é fundamental que domine o processo de julgamento clínico. Nesse processo, o enfermeiro avalia o significado das informações sobre o cliente, estabelece relações entre os dados, nomeia o fenômeno e chega ao diagnóstico a partir da inferência e de estratégias de pensamento. O processo diagnóstico requer habilidades de manipulação dos dados, domínio de conhecimento, aptidão intelectual, objetividade, pensamento crítico, experiência, intuição e tomada de decisão. Assim sendo, destaca-se a complexidade e extensão dos conhecimentos necessários para que o enfermeiro realize o julgamento clínico e formule diagnósticos de enfermagem<sup>(32)</sup>. A habilidade de analisar evidências ou argumentos e dar uma resposta adequada é considerada um pré-requisito para uma prática de enfermagem competente. Isso é compreensível porque a enfermagem está comprometida com um contexto social imprevisível, que requer, para um manejo efetivo, pelo menos deliberar sobre o que fazer e como fazê-lo melhor<sup>(35, 36)</sup>.

O processo diagnóstico é um processo no qual se lida com a incerteza. O desenvolvimento de estudos para identificação de DEs em populações específicas, cujos resultados sirvam de referência para a organização da assistência de enfermagem a essas populações, está sujeito as incertezas desse processo. À medida que DEs validados são sustentados por vários estudos, essas incertezas são amenizadas ou mais bem conhecidas, favorecendo a aplicação de resultados de estudos de descrição de DEs em populações específicas<sup>(30)</sup>.

A busca e a organização dos conhecimentos para a proposição de ações independentes da(o) enfermeira(o) ficam prejudicadas quando não se tem uma terminologia que expresse o julgamento que fazemos acerca dos problemas dos clientes. Assim, o uso de uma linguagem própria de enfermagem contribui para o desenvolvimento do seu corpo de conhecimentos, além de efetivar a comunicação entre os enfermeiros<sup>(31)</sup>.

A documentação das respostas do cliente e do grau de sucesso das medidas de enfermagem implementadas para resolver respostas que comprometem o seu estado de saúde poderiam indicar ações independentes do enfermeiro que incrementam a habilidade em lidar com situações de doença<sup>(31)</sup>.

A descrição dos diagnósticos de enfermagem de doentes de unidades de terapia intensiva fornece um perfil das necessidades de cuidados desses doentes sobre o qual é possível organizar o conhecimento necessário na área, além de permitir comparações entre populações específicas de doentes<sup>(37)</sup>.

Em estudo desenvolvido em hospital brasileiro, foi realizado levantamento dos principais DEs em 32 pacientes adultos internados em um CTI geral. A partir da coleta de dados por meio de anamnese e da análise e síntese dos mesmos, foram formulados os diagnósticos de enfermagem de acordo com a NANDA-I. Como resultados, os pesquisadores observaram que 96,8% dos pacientes do estudo apresentaram os DEs *Alto risco para infecção*, *Integridade da Pele Prejudicada*. Os outros DEs mais freqüentes foram: *Mobilidade Física Prejudicada* (81,2%), *Distúrbio no Padrão do Sono* (75,0%) e *Dor* (62,5%). A *Intolerância a Atividade* e o *Déficit para Autocuidado* (banho, vestir, eliminações) foram identificados em 43,5% dos pacientes e o *Déficit de Conhecimento* (da doença) em 40,6%. Os DEs referentes ao autocuidado foram agrupados porque os pacientes apresentavam o déficit simultaneamente nas três áreas (banhar-se, vestir-se e cuidar-se nas eliminações) embora eles sejam diagnósticos separados por exigirem diferentes intervenções<sup>(37)</sup>.

O enfermeiro clínico em unidade de internação necessita de um conhecimento amplo que o torne capaz de realizar um julgamento clínico eficiente não somente na formulação de diversos DEs, mas também na escolha das intervenções necessárias e dos resultados esperados<sup>(30)</sup>.

Uma pesquisa levantou os DEs mais freqüentes a partir de dados registrados em 140 prontuários de pacientes de unidade de atendimento oncológico<sup>(31)</sup>. Os DEs mais freqüentes foram *Potencial para Infecção* (21,42%), *Potencial para temperatura corporal alterada* (12,85) e *Potencial para aspiração* (7,85%). Os pesquisadores concluíram que o uso de DEs contribuem para a melhor definição da prática clínica dentro da enfermagem oncológica, por se tratar de uma especialidade complexa<sup>(31)</sup>.

Outro estudo teve como objetivo identificar os DEs da NANDA-I mais frequentes em um grupo de 14 clientes com alterações hematológicas. As informações para a identificação dos DEs foram coletas através de entrevista,



exame físico e observação. OS DEs com frequência a partir de 70% foram *Proteção alterada* (100%), *Déficit de conhecimento* (100%), *Alto risco para infecção* (85,7%), *Integridade da pele prejudicada* (71,4%), *Sensopercepção alterada* (71,4%), *Distúrbio no padrão de sono* (71,4%) e *Dor* (71,4%)<sup>(32)</sup>.

Em outra pesquisa, realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foram identificados os DEs de 17 pacientes nos períodos pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca através de instrumento de coleta de dados elaborado com base na Teoria das necessidades humanas básicas de Horta. Os DEs mais frequentes no período pré-operatório foram *Intolerância à atividade* (88,25), *Risco para disfunção neurovascular periférica* (82,4%), *Risco para infecção* (76,5%), *Déficit de conhecimento* (76,55) *Padrão respiratório ineficaz* (70,65), *Perfusão tissular cardiopulmonar alterada* (70,6%) e *Dor* (70,6). Os DEs mais frequentes no período pós-operatório foram *Risco para infecção* (100,0%), *Risco para disfunção neurovascular periférica* (100,0%), *Risco para lesão perioperatória de posicionamento* (100,0%), *Mobilidade física prejudicada* (100,0%), *Déficit no autocuidado para banho-higiene* (100,0%), *Risco para aspiração* (100,0%), *Proteção alterada* (100,0%), *Integridade da pele prejudicada* (100,0%), *Risco para desequilíbrio no volume de líquidos* (100,0%), *Alterações sensoriais de percepção* (100,0%), *Comunicação verbal prejudicada* (94,1%), *Risco para temperatura corporal alterada* (94,1%) *Desobstrução ineficaz das vias aéreas* (82,3%)<sup>(33)</sup>.

Em trabalho realizado com amostra de 10 pacientes com lesão medular internados em unidade ortopédica os autores buscaram identificar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Os dados foram coletados por meio de um instrumento criado para coleta de dados de enfermagem na unidade, o qual constava de identificação do paciente, anamnese, exame físico geral, especial e ortopédico, e avaliação das necessidades humanas básicas. Os DEs mais frequentes que obtiveram percentual a partir de 70% foram *Mobilidade Física Prejudicada* (100%), *Déficit no Autocuidado para Banho e Higiene* (100%), *Déficit no Autocuidado para Vestir-se e Arrumar-se* (100%), *Disfunção Sexual* (80%), *Risco para Infecção* (80%) e *Risco para integridade da Pele Prejudicada* (70%)<sup>(34)</sup>.

Estudo desenvolvido em um hospital escola do Paraná, com 60 pacientes, teve como um de seus objetivos descrever os DEs mais frequentes em mulheres hospitalizadas em unidades de internação clínico-cirúrgica. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, anamnese e consulta de prontuário<sup>(30)</sup>. Os DEs

mais frequentes foram *Risco de Infecção* (58,3%), *Dor* (50,0%) e *Constipação* (41,6%), *Intolerância a atividade* (35,0%), *Distúrbio no Padrão do sono* (28,3%) e *Mobilidade Física Prejudicada* (26,6%). O estudo apontou um número considerável de DEs, referindo que os profissionais de enfermagem de unidades médico-cirúrgicas gerais precisam estar preparados para uma ampla gama de necessidades de cuidados. Do ponto de vista da prática clínica, os DEs mais frequentes indicam a necessidade de cuidados mais prováveis entre pacientes internados, devendo ser estes os focos prioritários de avaliação, DE, intervenção e RE<sup>(30)</sup>.

## 4 MÉTODO

A seguir, descreve-se o método que foi empregado nesta pesquisa.

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, transversal, de validação de conteúdo. A concepção da validade em pesquisas científicas reporta-nos às idéias de consistência e solidez dos elementos que pretendemos obter com a utilização de um método de investigação, em que os instrumentos empregados apreendem a *verdade* do objeto e tem a capacidade de evitar o erro<sup>(38)</sup>.

Os estudos de validação de RE ainda são incipientes em nosso meio, justificando a escolha por adaptar o método de validação de conteúdo de Fehring, investigador na temática de validação de DE, utilizado na segunda e terceira etapa desta pesquisa<sup>(25)</sup>.

A validação de conteúdo de um RE envolve essencialmente o exame sistemático de seu conteúdo com o propósito de determinar se ele abrange uma amostra representativa do domínio de comportamentos a serem medidos por este RE<sup>(28)</sup>. A validade do conteúdo de um RE é avaliada por um grupo de enfermeiros peritos<sup>(25)</sup>. Neste estudo, entende-se como conteúdo de um RE, o conjunto de indicadores estabelecidos pela NOC para a mensuração deste RE.

Fehring recomenda que este tipo de estudo seja realizado por enfermeiros peritos. Entretanto, sabe-se que há dificuldades em se encontrar amostra de profissionais que atendam aos critérios propostos pelo autor, o qual reconhece o fato e aponta as condições exigidas pela *American Nurses Association Social Policy Statement*<sup>(25)</sup>. Estas incluem um mínimo de especialização em nível de mestrado, pesquisa no DE de interesse e artigos publicados referentes a diagnósticos, o que se configura como critérios de difícil obtenção na realidade brasileira.

## **4.2 Local do Estudo**

A pesquisa se desenvolveu nas unidades do SEM, SEC e SETI do HCPA.

O SEC é constituído por sete unidades, apresentando um total de 215 leitos para internação adulta. O SEC conta com uma equipe composta por 58 enfermeiros, 38 técnicos e 145 auxiliares de enfermagem.

O SEM, por sua vez, constitui-se de cinco unidades, totalizando 193 leitos para internação adulta. A equipe de enfermagem do SEM é composta de 45 enfermeiros, 36 técnicos e 125 auxiliares de enfermagem.

O SETI é formado por quatro diferentes áreas: CTI 1 (12 leitos), CTI Pré- e Pós-Cirurgia Cardíaca (9 leitos), CTI 2 (13 leitos) e CTI 3 (5 leitos), totalizando 39 leitos para internação adulta. A equipe de enfermagem é constituída de 54 enfermeiros e 152 técnicos de enfermagem.

A instituição pertence à Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e é vinculado academicamente à UFRGS. O mesmo presta assistência de acordo com os princípios de equidade, igualdade e gratuidade, inerentes ao Sistema Único de Saúde (SUS).

## **4.3 População e Amostra**

A pesquisa constou de três etapas, sendo que na primeira considerou-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 nas unidades que compõem os Serviços do estudo.

A amostra nesta primeira etapa constituiu-se das informações referentes aos dois DEs mais freqüentes.

Nas segunda e terceira etapas, a amostra do estudo compreendeu os enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Participar/ter participado de atividades de estudo e aperfeiçoamento acerca do PE no HCPA por, no mínimo, quatro meses, nos últimos cinco anos; ou possuir produção acadêmico-científica na área de PE e Classificações de Enfermagem;
- b) Ter experiência profissional mínima de dois anos;
- c) Trabalhar no HCPA há, no mínimo, um ano, utilizando o PE;
- d) Ter experiência mínima de um ano com pacientes cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva nos últimos cinco anos;
- e) Concordar em participar da pesquisa assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério para a exclusão dos enfermeiros definiu-se:

- a) Não devolver o instrumento da segunda etapa da pesquisa preenchido no prazo de 30 dias a partir da data de entrega em mãos;

Primeiramente, para a seleção de enfermeiros peritos, foi realizado um levantamento junto ao Grupo de Trabalho para o Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) para identificar os possíveis profissionais que atendessem os critérios de inclusão. Obteve-se um total de 15 enfermeiros indicados, que foram consultados quanto a sua qualificação profissional descrita nos critérios de inclusão propostos e o interesse em participar da pesquisa, após a explanação sobre os objetivos da mesma e sobre o instrumento de validação a ser utilizado. Dos 15 enfermeiros consultados, 13 preencheram os pré-requisitos para enfermeiro perito, concordando em participar e assinando o TCLE. Entregou-se o instrumento da segunda etapa da pesquisa e estabeleceu-se um prazo de 30 dias para a devolução. Destes, 12 enfermeiros devolveram o instrumento devidamente preenchido no prazo estabelecido.

## 4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora em três etapas.

### 4.4.1 Primeira etapa

A primeira etapa constou de levantamento de informações referentes aos dois DEs mais frequentes em internações de pacientes no SEC, SEM e SETI, contidos no banco de dados do sistema informatizado de prescrições de enfermagem referente a seis meses alternados, entre o período de julho do ano de 2007 e junho do ano de 2008.

### 4.4.2 Segunda etapa

A segunda etapa constou de validação de conteúdo dos REs *sugeridos e associados adicionais* propostos na quarta edição da NOC, ainda na versão em inglês, para os dois DEs em estudo<sup>(6, 39)</sup>.

Entregou-se pessoalmente aos peritos o instrumento da segunda etapa da pesquisa juntamente com uma carta explicativa acerca da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estabeleceu-se um prazo de 30 dias para a devolução.

O instrumento de validação (APÊNDICE C) da segunda etapa constou de uma tabela com sete colunas, constituído das seguintes partes: 1ª coluna: resultados propostos na NOC e suas definições; 2ª a 6ª coluna - escala Likert de cinco pontos (1= não importante; 2= pouco importante; 3= moderadamente importante; 4= muito importante; 5= extremamente importante) para mensuração da importância de cada resultado em relação ao DE, e a 7ª coluna constou de um espaço para que os peritos registrassem sugestões, críticas e observações.

#### 4.4.3 Terceira etapa

A terceira etapa constou de validação de todos os indicadores propostos pela NOC para os REs validados na etapa anterior do estudo, para o DE mais frequente.

O instrumento desta etapa (APÊNDICE E) foi constituído por uma tabela com sete colunas: 1ª coluna – indicadores propostos na NOC para cada RE; 2ª a 6ª colunas – escala Likert de cinco pontos (1 = não importante; 2 = pouco importante; 3 = importante, 4 = muito importante e 5 = extremamente importante) para mensuração da importância de cada indicador em relação ao RE que o originou e, a 7ª coluna, contendo um espaço para que os peritos registrassem sugestões, críticas e observações.

Estipulou-se um prazo de 10 dias para devolução dos instrumentos por sugestão dos próprios peritos.

### 4.5 Análise dos Dados

A análise da primeira, segunda e terceira etapas é descrita a seguir.

#### 4.5.1 Primeira etapa

Os dados referentes à primeira etapa foram analisados por meio de estatística descritiva, apresentando-se a frequência (f) e percentual (%) dos DEs em estudo.

#### 4.5.2 Segunda etapa

Os dados da segunda etapa da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo inseridos no programa Microsoft Excel 2007. Calculou-

se a média aritmética ponderada das notas atribuídas pelos enfermeiros para cada resultado em que se consideram os seguintes valores: 1 = 0; 2 = 0.25; 3 = 0.50; 4 = 0.75; 5 = 1<sup>(25)</sup>.

Validou-se os REs propostos para os dois DEs mais frequentes em internações de pacientes no SEM, SEC e SETI, de acordo com o capítulo da quarta edição da publicação da NOC, que trata das ligações entre diagnósticos NANDA-I e resultados NOC.

Fehring propõe que resultados sejam categorizados em *críticos*, quando alcançam média aritmética ponderada maior ou igual a 0.80 e em *suplementares* quando alcançam média aritmética ponderada entre 0.80 e 0.50. REs com médias inferiores a 0,50 são descartados<sup>(25, 26)</sup>. Porém, neste estudo, definiu-se o ponto de corte em 0,80 para os REs, eliminando-se categorizações entre eles. Portanto, REs com média aritmética maior ou igual a 0,80 passaram para etapa seguinte e os demais foram descartados.

O ponto de corte escolhido nesta etapa da investigação se justifica pelo nível de concordância de 80% entre peritos sugerido por Fehring para categorizar os indicadores *críticos*<sup>(25)</sup>. Destaca-se, também, a recomendação da NOC para que sejam escolhidos somente os resultados e indicadores realmente relevantes no contexto assistencial onde serão empregados<sup>(6)</sup>. Com concordância de 80% entre os peritos, pretende-se proporcionar maior consistência, solidez e aplicabilidade ao conjunto de REs e indicadores da NOC para utilização no sistema informatizado.

#### 4.5.3 Terceira etapa

Validou-se, nesta etapa, os indicadores dos resultados validados na segunda etapa para o DE mais frequente nas internações de pacientes no SEC, SEM e SETI. Utilizou-se o mesmo método de análise empregado para os REs na segunda etapa.



## 4.6 Aspectos Éticos

A Resolução de número 196/1996 regulamenta as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos pretendendo assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades à medida que preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes.

Baseado nesta resolução utilizou-se na segunda etapa o TCLE, elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), que foi fornecido aos participantes do estudo (enfermeiros peritos), pelo qual ficaram cientes do objetivo do estudo.

Os enfermeiros peritos que aceitaram participar da pesquisa receberam uma carta contendo informações sobre a mesma e um breve questionário relacionado à sua caracterização profissional (APÊNDICE B). De posse destas informações assinaram o TCLE, que foi válido para as duas etapas seguintes do estudo.

Foi esclarecido que as informações registradas nos instrumentos da segunda e terceira etapas da pesquisa serão mantidas pela pesquisadora em confidencialidade e anonimato por cinco anos e destruídas após esse período. Igualmente foi informado que elas seriam utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e elaboração de artigo científico.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS sob o número 172/08 - (ANEXO B) e do Comitê de Ética em Saúde/GPPG/HCPA sob o número 09-029 (ANEXO C).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, a seguir, os resultados e a discussão, conforme as etapas da pesquisa.

### 5.1 Primeira etapa

Na tabela a seguir, apresenta-se os dois DEs mais frequentes nas hospitalizações de pacientes no SEC, SEM e SETI do HCPA.

Tabela 1 – DEs mais frequentes no SEM, SEC e SETI do HCPA – Porto Alegre, 2009.

<b>DEs mais freqüentes</b>	<b>SEM % ( f )</b>	<b>SEC % ( f )</b>	<b>SETI % ( f )</b>
Risco de Infecção	14,17 (1615)	21,52 (3289)	21,13 (1002)
Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene	9,85 (1123)	10,34 (1577)	14,08 (668)
Outros	75,98 (8661)	68,14 (10418)	64,79 (3072)
Total	100,0 (11399)	100,0 (15284)	100,0 (4742)

O DE *Risco de Infecção* definido como “estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”<sup>(18)</sup>, foi o mais frequente nos três serviços de enfermagem em estudo. Este achado vem ao encontro dos resultados de outros estudos com paciente cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva<sup>(30, 31, 33, 37, 40, 41)</sup>.

O DE *Risco de Infecção* pode ser identificado como o mais presente em pacientes hospitalizados em virtude de fatores diversos do processo de hospitalização, requerendo uma atitude preventiva que deve nortear as ações da

enfermagem no plano de cuidado, levando em consideração sua interface com outros diagnósticos<sup>(34)</sup>.

O *Risco de Infecção* está associado, entre outros, aos fatores relacionados ao tratamento (cirurgia, presença de vias invasivas, terapia medicamentosa). Além dos procedimentos invasivos e da defesa primária insuficiente, provocada pelo trauma cirúrgico, vários outros fatores influenciam a incidência de infecção na ferida operatória, entre eles as condições clínicas pré-operatórias do paciente, as condições técnicas em que a cirurgia foi realizada e a permanência hospitalar pré-operatória<sup>(33)</sup>. Possuir solução de continuidade da pele por procedimentos invasivos, feridas cirúrgicas, escarificações por compressão ou assaduras, estar restrito ao leito e possuir prejuízo do sistema imunológico foram identificados em estudo como fatores de risco para o DE *Risco de Infecção*<sup>(37)</sup>. O prejuízo da mobilidade do paciente também é fator de risco para este DE porque favorece o desenvolvimento de congestão pulmonar, propiciando infecções e atelectasias<sup>(37)</sup>.

O DE *Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene* definido como “capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo”<sup>(18)</sup>, foi o segundo DE mais frequente nos três serviços de enfermagem em estudo. Pesquisas publicadas ratificam este achado do estudo, identificando o DE *Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene* entre os mais freqüentes em pacientes com problemas clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva<sup>(30, 34, 37)</sup>. *Déficit no Autocuidado: banho/higiene* está relacionado a prejuízos na mobilidade do corpo. Pode-se dizer que prejuízos na mobilidade corporal constituem-se em um fator relacionado a este DE, pois pressupõe um prejuízo neuromuscular e musculoesquelético<sup>(34)</sup>. Apesar de comumente os pacientes estarem conscientes e não terem uma limitação aos movimentos imposta pelas capacidades físicas, o tratamento, muitas vezes, impõe limitações à habilidade do paciente para movimentar-se independentemente como, por exemplo, o uso de venóclise e sondagens<sup>(37)</sup>.

## 5.2 Segunda etapa

Na segunda etapa do estudo é apresentada a caracterização da amostra de enfermeiros peritos e, na seqüência, os resultados validados para os DEs *Risco de Infecção e Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene*.

### 5.2.1 Caracterização da amostra de peritos

A amostra de peritos constitui-se de 12 enfermeiros e sua caracterização é apresentada a seguir.

Tabela 2 – Caracterização da amostra de enfermeiros peritos – Porto Alegre, 2009.

<b>Características (n=12)</b>	<b>% (f)</b>
<b>Tempo de Experiência Profissional</b>	
4 – 9 anos	58,31 (7)
10 – 14 anos	16,66 (2)
Mais de 14	24,99 (3)
<b>Tipo de paciente/tempo de experiência</b>	
<b>Paciente cirúrgico</b>	
1 – 5 anos	41,65 (5)
6 – 10 anos	33,32 (4)
Mais de 10	24,99 (3)
<b>Paciente clínico</b>	
1 – 5 anos	33,32 (4)
6 – 10 anos	24,99 (3)
Mais de 10	33,32 (4)
<b>Paciente crítico</b>	
1 – 5 anos	8,33 (1)
6 – 10 anos	41,65 (5)

Mais de 10	8,33 (1)
<b>Maior Grau obtido</b>	
Licenciatura	16,66 (2)
Especialização	58,31 (7)
Mestrado em curso	8,33 (1)
Mestrado concluído	41,65 (5)
<b>Participação no GTDE, <i>Petit Comitê</i>/tempo</b>	
4 meses – 1 ano e 11 meses	33,32 (4)
2 anos – 3 anos e 11 meses	33,32 (4)
4 anos ou mais	24,99 (3)
<b>Produção científica acerca da SAE</b>	
Artigo	8,33 (1)
Pôster	33,32 (4)
Resumo em anais	33,32 (4)
Trabalho de conclusão de curso	8,33 (1)

---

Sabe-se da dificuldade em definir os critérios para inclusão de peritos nos estudos de validação, pois além de não haver um consenso na literatura acerca de critérios específicos, também há a barreira referente à formação e ao aprimoramento profissional específico do enfermeiro<sup>(42)</sup>. Entretanto, a amostra de peritos do estudo mostrou-se bastante qualificada, aliando além de experiência prática, um comprometimento com atividades acadêmicas e de pesquisa, visto que cinco possuem mestrado concluído e um possui mestrado em andamento. Possuem também trabalhos acadêmicos relacionados à SAE. A participação de 11 dos peritos no GTDE da instituição pode ser apontada como fator qualificador destes enfermeiros também. Estando os enfermeiros envolvidos com os trabalhos deste grupo, percebeu-se uma evolução dos profissionais quanto à metodologia de trabalho, bem como um aumento do interesse na construção, divulgação e consumo do próprio conhecimento acerca do PE. As atividades desenvolvidas no GTDE permitiram o crescimento profissional dos enfermeiros da instituição, professores e alunos da Escola de Enfermagem da UFRGS, bem como possibilitou um trabalho de parceria rico e integrado, já que agrega teoria e prática<sup>(35)</sup>.

O Grupo de Enfermagem do HCPA, para assegurar a qualidade do cuidado de enfermagem, tem como meta desenvolver a SAE, sendo essa ação coordenada pelo GTDE. A utilização dessa metodologia possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico, tomada de decisão e aprofundamento científico na enfermagem. O PE foi introduzido nesta instituição no ano de 1977, quando a própria Wanda Horta ministrou um curso para os enfermeiros e docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS sobre essa metodologia, embasada na teoria das Necessidades Humanas Básicas. A prescrição de enfermagem, elaborada manualmente, iniciou em 1979 e, desde então, integra o prontuário do paciente<sup>(35)</sup>.

#### 5.2.1 Resultados de Enfermagem validados para os DEs *Risco de Infecção* e *Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene*

Na quarta edição da NOC, ainda sem tradução para o português, o capítulo das ligações propõe 24 resultados para o DE *Risco de Infecção*, todos considerados sugeridos, pois na NOC todos os DEs de risco somente apresentam ligações para REs sugeridos<sup>(6)</sup>. Excluiu-se três resultados dos propostos, por não tratarem de pacientes adultos cirúrgicos, clínicos ou de terapia intensiva atendidos no HCPA. São eles: Cicatrização da queimadura, Reparação da queimadura e Gravidade da infecção: recém-nascido.

A seguir são apresentados os escores atribuídos pelos peritos aos resultados propostos pela NOC para o DE *Risco de Infecção*.

Tabela 3 – Escore dos REs sugeridos pela NOC para o DE *Risco de Infecção* – Porto Alegre, 2009.

<b>REs para Risco de Infecção (n=21)</b>	<b>Escore / f (%)</b>
<b><i>REs validados</i></b>	
Conhecimento: Controle de Infecção	0,95
Controle de Riscos: Processo Infeccioso*	0,91
Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção	0,89

Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção	0,85
Conhecimento: Procedimento(s) de Tratamentos	0,85
Estado Imunológico	0,83
Integridade Tissular: Pele e mucosas	0,83
Controle de Riscos: Doenças Sexualmente transmissíveis (DSTs)	0,81
<b>Total de REs validados</b>	<b>8 (38,1)</b>
<b>REs descartados</b>	
Controle de Riscos	0,77
Controle de Risco Comunitário: Doença Contagiosa	0,72
Acesso para hemodiálise	0,70
Prevenção da Aspiração	0,70
Autocuidado: Higiene	0,68
Estado Nutricional	0,68
Comportamento de Imunização	0,66
Comportamento de Tratamento: Doença ou Lesão	0,60
Detecção de Riscos	0,58
Gravidade da Infecção	0,52
Crenças de Saúde	0,50
Conseqüências da Imobilidade: Fisiológicas	0,45
Prontidão do Paciente Pré-procedimento*	0,35

\* A tradução dos nomes dos resultados, definições e indicadores foi realizada pela pesquisadora

Os resultados *Controle de Riscos: Processo Infeccioso* e *Prontidão do Paciente Pré-procedimento* foram inseridos na quarta edição na NOC. O RE *Controle de Riscos: Processo Infeccioso* foi validado pelos peritos, recebendo escore igual a 0,91, enquanto *Prontidão do Paciente Pré-procedimento* foi descartado.

Na terceira etapa do estudo são apresentados os escores dos indicadores referentes a cada um dos oito REs aqui validados.

Para o DE *Déficit no Autocuidado: Banho/higiene*, a NOC propõe 35 resultados, sendo quatro (11,42%) classificados como *sugeridos* e 31 (88,58%)

como *adicionais associados*. A seguir são apresentados os escores dos resultados propostos pela NOC para este DE.

Tabela 4 – Escores dos REs sugeridos e associados adicionais propostos pela NOC para o DE *Déficit no Autocuidado: banho/higiene* – Porto Alegre, 2009.

<b>REs para Déficit no Autocuidado: banho/higiene (n=35)</b>	<b>Nível de ligação NOC/NANDA-I</b>	<b>Escore / f (%)</b>
<b><i>REs validados</i></b>		
Autocuidado: Banho	Sugerido	0,97
Autocuidado: Higiene	Sugerido	0,97
Autocuidado: Higiene Oral	Associado adicional	0,93
Autocuidado: Atividades da vida diária (ADV)	Sugerido	0,83
Nível de Dor	Associado adicional	0,81
<b><i>Total de REs validados</i></b>		<b>5 (14,28)</b>
<b><i>REs descartados</i></b>		
Estado de Autocuidado	Associado adicional	0,75
Nível de Fadiga*	Associado adicional	0,70
Satisfação do Cliente: Cuidado Físico	Associado adicional	0,68
Autocuidado de Ostomia	Sugerido	0,64
Conhecimento: Cuidados com Ostomia	Associado adicional	0,64
Direcionamento do Próprio Cuidado	Associado adicional	0,60
Estado Neurológico	Associado adicional	0,60
Função Esquelética*	Associado adicional	0,60
Mobilidade	Associado adicional	0,60
Movimento Coordenado	Associado adicional	0,60
Zelo com a Parte Afetada*	Associado adicional	0,60
Energia Psicomotora	Associado adicional	0,58
Estado Neurológico: Periférico*	Associado adicional	0,58
Resistência	Associado adicional	0,58
Satisfação do Cliente: Assistência Funcional	Associado adicional	0,58



Motivação*	Associado adicional	0,56
Adaptação à Deficiência Física	Associado adicional	0,54
Nível de Confusão Aguda*	Associado adicional	0,54
Nível de Desconforto*	Associado adicional	0,54
Estado Cardiopulmonar*	Associado adicional	0,52
Estado Respiratório*	Associado adicional	0,52
Nível de Conforto	Associado adicional	0,52
Nível de Agitação*	Associado adicional	0,45
Desempenho da Mecânica Corporal	Associado adicional	0,41
Cognição	Associado adicional	0,39
Conhecimento: Mecânica Corporal	Associado adicional	0,39
Conservação da Energia	Associado adicional	0,39
Comportamento de Compensação da Visão*	Associado adicional	0,37
Autocontrole da Ansiedade*	Associado adicional	0,27

---

\* A tradução dos nomes dos resultados, definições e indicadores foi realizada pela pesquisadora

Os REs *Nível de Fadiga, Função Esquelética, Zelo com a Parte Afetada, Estado Neurológico: Periférico, Motivação, Nível de Confusão Aguda, Nível de Desconforto, Estado Cardiopulmonar, Estado Respiratório, Nível de Agitação, Comportamento de Compensação da Visão e Autocontrole da Ansiedade* foram inseridos na quarta edição da NOC.

Entre os quatro resultados *sugeridos* da quarta edição da NOC, três deles, *Autocuidado: Banho, Autocuidado: Higiene e Autocuidado: Atividades da vida diária (ADV)* foram validados pelos peritos. O RE *Autocuidado de Ostomia* definido como “*atividades pessoais para manter a ostomia para eliminação*”<sup>(23)</sup>, considerado tanto na terceira quanto na quarta edição da NOC como *sugerido*, foi descartado recebendo escore de 0,64.

Na terceira edição da NOC, além dos quatro REs que constam na quarta edição como *sugeridos* para o DE *Déficit no Autocuidado: Banho/higiene*, também o RE *Autocuidado: Higiene Oral* é proposto como *sugerido*. Na quarta edição esse resultado foi classificado como *associado adicional*. Porém, neste estudo, o RE

*Autocuidado: Higiene Oral* definido como “capacidade de cuidar da própria boca e dentes” foi validado pelos peritos, recebendo escore de 0,93. Este dado demonstra que a higiene oral é valorizada pelos enfermeiros e é sustentado pela literatura, visto que a doença periodontal tem sido associada a diversas doenças, como a pneumonia bacteriana, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, artrite reumatóide e partos prematuros, podendo advir da colonização da cavidade oral e orofaringe por potenciais patógenos respiratórios. O controle de placa tornou-se uma necessidade de saúde pública, uma vez que a presença de patógenos bucais podem interferir negativamente no status de saúde do paciente. As complicações decorrentes da falta ou inadequação do procedimento de higiene oral podem aumentar o tempo de permanência hospitalar em 6,8 a 30 dias, fazendo-se necessário o controle mecânico da placa bacteriana através da escovação e uso de fio dental<sup>(43)</sup>. É neste contexto que a equipe de enfermagem está inserida, prestando o cuidado de acordo com o grau de dependência do paciente. Desta maneira, ratifica-se a validação do RE *Autocuidado: Higiene Oral* pelos peritos, visto que a manutenção da higiene oral é entendida como parte importante da assistência de enfermagem pelo enfermeiro e está descrita na literatura<sup>(43)</sup>.

Os RE *Autocuidado: Atividades da vida diária (ADV)* e *Nível de Dor* podem ter sido validados pelos peritos porque são resultados que interferem diretamente na atividade de banhar-se. *Nível de dor* provavelmente foi considerados pelos enfermeiros como importantes porque interferem diretamente no trabalho da equipe de enfermagem. Quão maior for a dor do paciente, provavelmente mais dependente ele será dos cuidados de enfermagem para realizar o banho. Em muitos casos, mais do que um sintoma, a dor é a doença em si, e seu controle é o objetivo do tratamento. De sua vivência resultam alterações biológicas, psicossociais e sofrimento. Há prejuízo de sono, do trabalho, da movimentação e deambulação, ocorre alteração do humor, da capacidade de concentração, do relacionamento familiar, da atividade sexual e apreciação pessimista e desesperançada da vida<sup>(44)</sup>.

### 5.3 Terceira Etapa

A seguir, são apresentados os escores dos indicadores dos oito REs validados na etapa anterior, e seus respectivos indicadores, propostos na quarta edição da NOC para o DE *Risco de Infecção*.

O RE *Conhecimento: Controle de Infecção*, definido como “extensão da compreensão sobre prevenção e controle de infecções”<sup>(6)</sup> recebeu escore de 0,95. Este possui nove indicadores, dos quais quatro (44,44%) receberam médias acima de 0,80.

Tabela 5 – Escore dos Indicadores propostos para o RE *Conhecimento: controle de infecção* – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Conhecimento: Controle de Infecção</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=9)	
<b>Indicadores validados</b>	
Descrição das práticas que reduzem a transmissão	0,95
Descrição do modo de transmissão	0,91
Descrição dos fatores que contribuem para a transmissão	0,89
Descrição de sinais e sintomas	0,83
<b>Total de indicadores validados</b>	<b>4 (44,44)</b>
<b>Indicadores descartados</b>	
Descrição de atividades para aumentar a resistência a infecções	0,75
Descrição de procedimentos para monitorização	0,72
Descrição do tratamento de uma infecção diagnosticada	0,70
Descrição de acompanhamento para uma infecção diagnosticada	0,70
Descrição de procedimentos de exame	0,60

O RE *Conhecimento: Controle de Infecção* teve 44,44% dos indicadores validados possivelmente porque os peritos consideram que o conhecimento do paciente acerca da prevenção e identificação de sinais e sintomas, entre outras

informações relacionadas à infecção, pode influenciar na sua incidência como também limitar o desenvolvimento do processo infeccioso, na medida em que o próprio paciente sabe identificar os sinais e sintomas.

O RE *Controle de Riscos: Processo Infeccioso*, definido como “ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir a ameaça de infecção”<sup>(6)</sup> recebeu escore de 0,91. Este possui 24 indicadores, dos quais oito (33,33%) receberam médias acima de 0,80.

Tabela 6 – Escore dos Indicadores propostos para o RE Controle de riscos: processo infeccioso – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Controle de Riscos: Processo Infeccioso</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=24)	
<b>Indicadores validados</b>	
Pratica a higienização das mãos	0,97
Identifica sinais e sintomas pessoais que indicam risco potencial	0,89
Utiliza precauções universais	0,89
Pratica estratégias de controle de infecção	0,89
Identifica risco de infecção nas situações diárias	0,87
Mantém o ambiente limpo	0,87
Identifica estratégias para proteger a si mesmo de outros com infecção	0,83
Obtêm imunizações recomendadas	0,81
<b>Total de indicadores validados</b>	<b>8 (33,33)</b>
<b>Indicadores descartados</b>	
Desenvolve estratégias efetivas de controle de infecção	0,79
Ajusta as estratégias de controle de infecção conforme necessário	0,79
Conhecimentos pessoais sobre risco de infecção	0,79
Conhecimentos pessoais das conseqüências associadas à infecção	0,77
Busca confirmação do risco de infecção percebido	0,77
Utiliza estratégias de desinfecção de materiais	0,77

Utiliza fontes fidedignas de informação	0,77
Conhecimento do comportamento associado ao risco de infecção	0,75
Realiza ações imediatas para reduzir o risco	0,75
Utiliza serviços de cuidados a saúde de acordo com a necessidade	0,72
Monitora o ambiente em relação a fatores associados ao risco de infecção	0,68
Monitora comportamentos pessoais em relação a fatores associados ao risco de infecção	0,66
Monitora o tempo em relação ao tempo de incubação de uma doença infecciosa	0,60
Pratica ações para promover a ingestão de líquidos	0,52
Monitora as mudanças no estado geral de saúde	0,52
Pratica ações para promover o descanso	0,50

---

Entre os indicadores para RE *Controle de Riscos: Processo Infeccioso, Prática a higienização das mãos* recebeu 0,97 como escore, sendo este o mais alto escore para um indicador neste estudo. Isto demonstra a acurácia da validação dos peritos, visto que a literatura relata a importância da lavagem de mãos no que tange o *Risco de Infecção*<sup>(45-47)</sup>

A lavagem das mãos é a maneira mais eficiente e econômica para a prevenção de infecções hospitalares, sendo este fato mundialmente conhecido. As mãos são o principal meio de transmissão de infecções nosocomiais. Em 1989 o Ministério da Saúde do Brasil editou o manual *Lavar as mãos* com o objetivo de normatizar essa técnica nas unidades de saúde brasileiras, proporcionando aos profissionais de saúde subsídios técnicos relativos às normas e aos procedimentos para lavar as mãos, visando a prevenção das infecções hospitalares. A importância desta prática continuou sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde, quando esse incluiu recomendações para a higiene das mãos na Portaria 2616/98, de 12 de maio de 1998. Em 2001, como incentivo a adesão da lavagem de mãos pelos profissionais da saúde, a ANVISA lançou a campanha *Lavagem das mãos – um pequeno gesto, uma grande atitude* no dia 15 de maio, que é o dia nacional de Controle à Infecção Hospitalar<sup>(45)</sup>.

A prevenção e controle de infecção requerem medidas técnicas e comportamentais, refletindo na qualidade à saúde, e conseqüente redução de esforços, problemas, complicações e recursos. A higienização das mãos deve ocorrer antes e após o contato com o cliente, antes de calçar as luvas e após retirá-las, entre um cliente e outro, entre um procedimento e outro, ou em ocasiões onde possa existir transferência de patógenos para cliente e/ou ambientes, entre procedimentos com o mesmo cliente e após o contato com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados<sup>(46)</sup>.

A literatura preconiza que para a higienização correta, as mãos devem ser friccionadas vigorosamente, usando água e sabão, durante 40 a 60 segundos com atenção especial ao dorso, sulcos interdigitais, polegares, falanges, unhas e punhos. É recomendado que o enxágüe e a secagem sejam unidirecionais, usando o papel-toalha da secagem para fechar a torneira, impedindo a re-contaminação das mãos<sup>(46)</sup>.

O RE *Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção*, definido como “extensão de regeneração de tecidos em uma ferida aberta” recebeu escore de 0,89. Este possui 18 indicadores, dos quais 10 (55,55%) receberam médias iguais ou superiores de 0,80.

Tabela 7 – Escore dos Indicadores propostos para o RE *Cicatrização de feridas: segunda intenção* – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=18)	
<b>Indicadores validados</b>	
Tecido de granulação	0,95
Odor proveniente da ferida	0,93
Diminuição da tamanho da ferida	0,91
Formação de tecido cicatricial	0,89
Drenagem purulenta	0,87
Eritema em torno da ferida	0,87
Inflamação da ferida	0,87
Edema em torno da ferida	0,85

Necrose	0,85
Formação de túnel	0,83
<b>Total de indicadores validados</b>	<b>10 (55,55)</b>
<b>Indicadores descartados</b>	
Drenagem serosa	0,77
Pele com bolhas	0,77
Drenagem sero-sanguinolenta	0,75
Pele macerada	0,75
Formação de esfacela	0,72
Granulação com aspecto irregular	0,72
Bordas irregulares	0,70
Drenagem sanguinolenta	0,68

O RE *Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção*, definido como “extensão em que as células e os tecidos se regeneram após um fechamento intencional”<sup>(18)</sup> recebeu escore de 0,85. Este possui 14 indicadores, dos quais nove (64,28%) receberam médias iguais ou superiores a 0,80.

Tabela 8 – Escore dos Indicadores propostos para o RE *Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção* – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=14)	
<b>Indicadores validados</b>	
Aproximação das bordas da ferida	0,87
Formação de tecido cicatricial	0,87
Odor proveniente da ferida	0,87
Elevação da temperatura da pele	0,85
Aproximação da pele	0,85
Drenagem purulenta	0,83
Eritema em torno da ferida	0,83
Lesão de pele em torno da ferida	0,81

Edema em torno da ferida	0,81
<b>Total de indicadores validados</b>	<b>9 (64,28)</b>
<b>Indicadores descartados</b>	
Drenagem serosa da ferida	0,79
Drenagem sero-sanguinolenta da ferida	0,70
Drenagem sanguinolenta da ferida	0,70
Drenagem sero-sanguinolenta de um dreno	0,66
Drenagem sanguinolenta de um dreno	0,64

Os REs *Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção* e *Cicatrização de Feridas Primeira Intenção* possuem juntos 32 indicadores. Destes, 19 (59,37%) foram validados. Possivelmente os peritos validaram esse elevado número de indicadores por considerarem a incisão cirúrgica um sítio importante para a contaminação por microorganismos e desenvolvimento de infecção hospitalar.

A infecção de sítio cirúrgico é a terceira mais comum entre as infecções hospitalares (25%). Tais infecções prolongam, normalmente, de 7 a 10 dias o período de internação, elevando a morbimortalidade e os custos assistenciais. No Brasil, estima-se que a infecção de sítio cirúrgico ocorra em 11% dos procedimentos cirúrgicos. Além disso, representa um grande ônus sócio-econômico às instituições em decorrência dos custos hospitalares e em relação ao paciente pelo prolongamento do período de afastamento de suas atividades profissionais e familiares. O paciente que evolui para uma infecção pode levar a um gasto de até três vezes maior. O paciente em período perioperatório está sujeito a inúmeras fontes de infecção e no pós-operatório imediato, apresenta-se susceptível a microrganismos diversos, pois além da imunodepressão ocasionada pela anestesia e os procedimentos invasivos aos quais foi submetido ainda há o manuseio constante, pela equipe, durante os cuidados e realização de procedimentos<sup>(46)</sup>.

A infecção de ferida cirúrgica é uma complicação séria que interfere no processo de cicatrização e pode aumentar o desconforto do paciente. As primeiras 24 a 48 horas depois da cirurgia são críticas, porque o processo de inflamação se inicia para destruir bactérias que possam ter sido depositadas enquanto a ferida estava aberta. Um aspecto a ser considerado neste diagnóstico é a classificação da cirurgia quanto ao grau de contaminação além de outros fatores tais como idade,



presença de doenças crônicas, hábitos, estado nutricional e metabólico, que fornecerão uma idéia do risco de infecção da ferida a que cada paciente está exposto<sup>(48)</sup>.

O RE *Conhecimento: Procedimento(s) de Tratamentos*, definido como “extensão da compreensão sobre o(s) procedimento(s) necessário(s) como parte de um regime de tratamento”<sup>(18)</sup> recebeu escore de 0,85. Este possui 10 indicadores, dos quais seis (60,0%) atingiram escores superiores a 0,80.

Tabela 9 – Escore dos Indicadores propostos para o RE *Conhecimento: Procedimento(S) de Tratamentos* – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Conhecimento: Procedimento(S) de Tratamentos</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=10)	
<b>Indicadores validados</b>	
Explicação do propósito do(s) procedimento(s)	0,87
Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	0,85
Descrição dos efeitos colaterais potenciais	0,83
Descrição das restrições relacionadas ao(s) procedimento(s)	0,81
Descrição da ação adequada em caso de complicações	0,81
Descrição de contra-indicações para o(s) procedimento(s)	0,81
<b>Total de indicadores validados</b>	<b>6 (60,0)</b>
<b>Indicadores descartados</b>	
Descrição das etapas do(s) procedimento(s)	0,79
Descrição das precauções relacionadas ao(s) procedimento(s)	0,77
Descrição do cuidado adequado do equipamento	0,77
Descrição do uso de equipamento(s)	0,70

O fato de seis (60,0%) dos indicadores propostos para o RE *Conhecimento: Procedimento(S) de Tratamentos* terem sido validados evidencia a importância que os enfermeiros atribuem ao conhecimento do paciente em relação ao tratamento de saúde. Porém, questiona-se se este resultado e seus indicadores são realmente adequados para o DE *Risco de Infecção*. Faz-se oportuno que o paciente possua

conhecimento acerca do processo infeccioso, sinais, sintomas e métodos de prevenção, entretanto o RE *Conhecimento: Procedimentos de Tratamentos* e seus indicadores não estão estreitamente ligados a conhecimentos acerca de *Risco de Infecção*. Salieta-se a proposição das autoras da NOC, de que os REs e indicadores usados na prática devam ser somente aqueles essenciais ao contexto onde serão utilizados, desprezando REs e indicadores não essenciais<sup>(6)</sup>. Desta forma, a avaliação de REs pode tornar-se mais objetiva e despende menos tempo do enfermeiro.

O RE *Estado Imunológico*, definido como “resistência natural e adquirida adequadamente direcionada a antígenos internos e externos”<sup>(18)</sup> recebeu escore de 0,83. Este possui 19 indicadores, dos quais sete (36,84%) receberam médias superiores a 0,80.

Tabela 10 – Escore dos Indicadores propostos para o RE *Estado Imunológico* – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Estado Imunológico</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=19)	
<b>Indicadores validados</b>	
Temperatura corporal	0,87
Imunizações atualizadas	0,85
Valores absolutos do leucograma	0,85
Valores do diferencial do leucograma	0,85
Infecções recorrentes	0,85
Integridade da pele	0,81
Tumores	0,81
<b>Total de indicadores validados</b>	<b>7 (36,84)</b>
<b>Indicadores descartados</b>	
Nível de células do T4	0,79
Nível de células do T8	0,79
Função respiratória	0,77
Integridade da mucosa	0,77
Reação adequada ao teste de pele após exposição	0,77

Função geniturinária	0,75
Concentrações de anticorpos	0,75
Perda de peso	0,72
Fadiga crônica	0,72
Função gastrointestinal	0,72
Achados radiográficos do timo	0,70
Níveis de complementos	0,66

O RE *Estado Imunológico* teve grande número de indicadores validados, sendo, portanto, considerado importante na avaliação do *Risco de Infecção*. O estado imunológico do paciente reflete diretamente na possibilidade de contrair infecção, o que é confirmado na literatura. A grande maioria das infecções hospitalares é causada por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Isto pode ocorrer devido à própria patologia de base do paciente, procedimentos invasivos e alterações da população microbiana, geralmente induzida pelo uso de antibióticos. Os microrganismos que predominam nas infecções raramente causam infecções em outras situações, apresentam baixa virulência, mas em decorrência do seu inócuo e da queda de resistência do hospedeiro, o processo infeccioso desenvolve-se. A patologia de base do paciente favorece a ocorrência da infecção hospitalar por afetar os mecanismos de defesa antifecciosa e deficiências imunológicas, entre outros, também favorecem o desenvolvimento das infecções<sup>(47)</sup>.

O RE *Integridade Tissular: Pele e Mucosas*, definido como “integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas”(23) recebeu escore de 0,83. Este possui indicadores 21, dos quais seis (28,57%) receberam médias superiores a 0,80.

Tabela 11 – Escore dos Indicadores propostos para o RE *Integridade Tissular: Pele e Mucosas* – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Integridade tissular: pele e mucosas</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=21)	

<b><i>Indicadores validados</i></b>	
Integridade da pele	0,93
Lesões na pele	0,91
Necrose	0,91
Lesões nas mucosas	0,87
Câncer de pele	0,85
Eritema	0,81
<b><i>Total de indicadores validados</i></b>	<b>6 (28,57)</b>
<b><i>Indicadores descartados</i></b>	
Tecido cicatricial	0,79
Endurecimento	0,79
Hidratação	0,77
Perfusão Tissular	0,77
Crostas na pele	0,77
Descamação na pele	0,75
Temperatura da pele	0,70
Sensibilidade	0,68
Elasticidade	0,66
Pigmentação anormal	0,66
Textura	0,60
Espessura	0,60
Clareamento	0,60
Transpiração	0,56
Crescimento de pêlos	0,54

Em relação ao RE *Integridade Tissular: Pele e Mucosas*, a literatura descreve que procedimentos invasivos terapêuticos ou para diagnósticos, podem veicular agentes infecciosos no momento de sua realização ou durante a sua permanência. A maioria das infecções hospitalares manifesta-se como complicações de pacientes gravemente enfermos, em consequência da hospitalização e da realização de procedimentos invasivos ou imunossupressores a que o doente, correta ou incorretamente, foi submetido. Desta maneira mostra-se importante avaliar

indicadores para o RE *Integridade Tissular: pele e mucosas*, visto que as infecções têm na pele, como, por exemplo, no sítio cirúrgico como mencionado anteriormente, a porta de entrada para instalar-se no organismo do indivíduo<sup>(47)</sup>.

O RE *Controle de Riscos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)*, definido como “ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir comportamentos associados às doenças sexualmente transmissíveis”<sup>(23)</sup> recebeu escore de 0,81. Este possui 17 indicadores, sendo todos validados pelos peritos.

Tabela 12 – Escore dos Indicadores propostos para o RE *Controle de Riscos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)* – Porto Alegre, 2009.

<b>RE: Controle de Riscos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)</b>	<b>Escore / f (%)</b>
Indicadores (n=17)	
<b>Indicadores validados</b>	
Usa métodos de controle da transmissão de DSTs	0,97
Notifica o parceiro sexual em caso de infecção por uma DST	0,93
Reconhece risco individual de DSTs	0,91
Monitora comportamentos pessoais de risco de exposição a DSTs	0,91
Reconhece conseqüências pessoais associadas a DSTs	0,89
Monitora contatos quanto a riscos de exposição a DSTs	0,89
Desenvolve estratégias eficazes para reduzir exposição a DSTs	0,89
Indaga a respeito do estado do parceiro quanto a DSTs antes da atividade sexual	0,89
Mantém-se livre de DSTs	0,89
Reconhece sinais e sintomas de uma DST	0,87
Obedece ao tratamento recomendado para uma DST	0,87
Compromete-se com as estratégias de controle da exposição	0,85
Segue estratégias selecionadas para controle da exposição	0,85
Adapta estratégias de controle da exposição quando necessário	0,81
Realiza exames para DSTs	0,81
Realiza exames para problemas de saúde associados	0,81

Usa serviços de saúde da comunidade para o tratamento de 0,81  
DSTs

---

<b>Total de indicadores validados</b>	<b>17 (100,0)</b>
---------------------------------------	-------------------

---

O percentual elevado de indicadores validados para o RE Controle *de Riscos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)* pode ser justificado pela sua especificidade, pois provavelmente todas as ações avaliadas por estes indicadores são de extrema importância para o RE. Porém, questiona-se a avaliação deste RE para pacientes cirúrgicos, clínicos e de terapia intensiva, visto que os indicadores deste RE estão relacionados a ações realizadas pelo paciente em sua vida na comunidade e dificilmente serão avaliados pelo enfermeiro no período de hospitalização.

## 6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os objetivos deste estudo foram validar, na segunda etapa, os REs NOC para os dois DEs mais frequentes em internações de pacientes clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva no HCPA; e validar, na terceira etapa os indicadores dos REs da NOC a partir da validação realizada na etapa anterior, para o DE mais frequente.

O DE *Risco de Infecção* foi o mais freqüente nos três serviços de enfermagem em estudo. Dos 21 REs propostos pela NOC para o DE, oito (38,1%) foram validados pelos peritos.

O DE *Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene* foi o segundo DE mais freqüente nos pacientes estudados. Dos 35 REs propostos para o DE, cinco (14,28%) foram validados.

Na terceira etapa, são propostos nove indicadores para o RE *Conhecimento: Controle de Infecção*, dos quais quatro (44,44%) foram validados. Para o RE *Controle de Riscos: Processo Infeccioso* são propostos 24 indicadores, dos quais oito (33,33%) foram validados. Para o RE *Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção* são propostos 18 indicadores, dos quais 10 (55,55%) foram validados. Para o RE *Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção* são propostos 14 indicadores, dos quais nove (64,28%) foram validados. Para o RE *Conhecimento: Procedimento(S) de Tratamentos* são propostos 10 indicadores, sendo seis (60,0%) validados. Para o RE *Estado Imunológico* são propostos 19 indicadores, dos quais sete (36,84%) foram validados. Para o RE *Integridade Tissular: Pele e Mucosas* são propostos 21 indicadores, dos quais seis (28,57%) foram validados. Para o RE *Controle De Riscos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)* são propostos 17 indicadores, sendo todos validados. Dos 132 indicadores propostos para os oito REs validados para *Risco de Infecção*, 67 (50,75%) foram validados.

Dessa forma, a partir da análise dos dados produzidos nesta pesquisa, conclui-se que o uso da classificação NOC, embora ainda recente em nosso meio, consiste em uma alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem.

O uso das classificações de enfermagem tem mostrado melhora e avanços significativos não somente na qualidade da documentação como também nas práticas de enfermagem. Estudos sobre o assunto têm ressaltado que a ligação

existente entre as classificações da NANDA-I, NIC e NOC tem propiciado melhores práticas no cuidado ao paciente. Estudos descrevem que estabelecer apenas o DE é insuficiente para se saber das necessidades do paciente, para a obtenção de resultados desejados e mais adequados é necessário relacionar intervenções e estabelecer resultados a serem alcançados<sup>(49, 50)</sup>.

No HCPA, sabe-se da trajetória da utilização das classificações no desenvolvimento das etapas do PE. Os DEs e intervenções são utilizados sistematicamente em todos os pacientes hospitalizados e isto tem qualificado a assistência de enfermagem na instituição. A unificação da linguagem favoreceu ao enfermeiro a criação de um plano de cuidados individualizado e facilitou a comunicação entre os profissionais. Porém, a utilização da NOC ainda é uma meta a ser alcançada e este estudo pretendeu ser um sustentáculo neste processo de implantação. Desse modo, os resultados trazidos por esta pesquisa poderão servir de subsídios para a futura implantação da classificação de REs NOC no sistema informatizado do HCPA, juntamente com os DEs da NANDA-I e intervenções da NIC.

No entanto, outros estudos que busquem a melhor maneira para a implantação dos REs e seus respectivos indicadores no sistema informatizado do HCPA ainda são necessários.

Sugere-se, entretanto, que sejam utilizados somente alguns resultados e indicadores para avaliar a resolução dos DEs, em conformidade com as orientações feitas pelas criadoras na NOC. Possivelmente devido a NOC ser nova, os enfermeiros ainda não possuem conhecimento aprofundado acerca da classificação, seus objetivos e utilização prática. A validação de número elevado de resultados e indicadores pode ser atribuído a este fato.

No projeto desta pesquisa esperava-se validar os indicadores de todos os resultados de enfermagem da NOC que haviam sido validados na segunda etapa por meio da realização de grupo focal. Buscava-se, com isto, consenso grupal no momento de decidir quais indicadores seriam considerados validados para posterior inserção no sistema informatizado do HCPA. Porém, devido ao surto da gripe A no Rio Grande do sul, as atividades de pesquisa no HCPA foram suspensas no mês de agosto e em parte do mês de setembro de 2009, reduzindo o tempo disponível para realização da coleta de dados. Devido a dificuldade de reunir os enfermeiros peritos em um horário que um número mínimo pudesse participar do grupo focal, visto que



muitos deles estavam cobrindo plantões de colegas de trabalho infectados pela gripe A, optou-se por validar somente os resultados já validados na etapa anterior para apenas o DE *Risco de Infecção*. Também, optou-se por trocar a forma de coleta de dados de grupo focal para instrumento. Aponta-se este fato como limitação do estudo.

Como recomendação para pesquisas futuras, aponta-se a realização de estudos semelhantes com outras amostras de peritos, bem como focalizando em pacientes de outras faixas etárias e em cenários diferenciados. Para os mesmos diagnósticos de enfermagem, levando-se em consideração uma clientela de crianças, possivelmente outros resultados de enfermagem poderiam ser considerados prioritários.

## REFERÊNCIAS

1. Gudmundsdottir E, Delaney C, Thoroddsen A, Karlsson T. Translation and validation of the Nursing Outcomes Classification labels and definitions for acute care nursing in Iceland. *J Adv Nurs*. 2004 May;46(3):292-302.
2. Behrenbeck JG, Timm JA, Griebenow LK, Demmer KA. Nursing-sensitive outcome reliability testing in a tertiary care setting. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005 Jan-Mar;16(1):14-20.
3. Head BJ, Maas M, Johnson M. Validity and community-health-nursing sensitivity of six outcomes for community health nursing with older clients. *Public Health Nurs*. 2003 Sep-Oct;20(5):385-98.
4. Macnee C, Edwards J, Kaplan A, Reed S, Bradford S, Walls J, et al. Evaluation of NOC standardized outcome of "health seeking behavior" in nurse-managed clinics. *J Nurs Care Qual*. 2006 Jul-Sep;21(3):242-7.
5. Johnson M, et al. *NANDA, NOC and NIC Linkages*. 2 ed. St. Louis: Mosby; 2006.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Nursing Outcomes Classification NOC*. 4 ed. New York: Elsevier; 2008.
7. Associação Brasileira de Enfermagem. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem. Brasília: ABEn; 1986.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem: Documentos Básicos. Brasília 2006. p. 333.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Brasília: COFEN; 2009.
10. Iyer P, Taptich B, Bernocchi-losey D. *Processo e diagnóstico de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
11. Alfaro-Lefevre R. *Aplicação do Processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
12. Paul C, Reeves J. Visão geral do processo de enfermagem. In: George, JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
13. Carpenito L. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
14. Smeltzer S, Bare B. *Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
15. Crossetti MGO, Dias V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência brasileira. *Rev bras enferm*. 2002;55(6):5.
16. Backes DS, Koerich MS, Nascimento KC, Erdmann AL. Nursing care systematization as a multidimensional and interactive phenomenon. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008 Nov-Dec;16(6):979-85.

17. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. [Nursing care systematization at the intensive care unit (ICU) based on Wanda Horta's theory]. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Mar;43(1):54-64.
18. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011*. Porto alegre: Artmed; 2009.
19. Benedet AS, Bub M. *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 2 ed. Santa Catarina: Bernúncia; 2001.
20. Almeida M, Seganfredo D, Araújo V, Unicovsky M, Pergher A, editors. *Validação dos Indicadores de Resultados de Enfermagem para Pacientes com Problemas Ortopédicos*. 14 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2007; Florianópolis.
21. Almeida MA, et al. *Projeto de Pesquisa: Validação de Resultados de Enfermagem Segundo a Nursing Outcomes Classification – Noc na Prática Clínica de um Hospital Universitário*. 2008.
22. Moorhead S, M Maas. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 3 ed. Porto alegre: Artmed; 2008.
23. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
24. Johnson M, et al. *Nursing diagnosis, outcomes and interventions: NANDA, NOC, and NIC linkages*. St. Louis: Mosby; 2001.
25. Fehring RJ. *Methods to validate nursing diagnoses*. *Heart Lung*. 1987 Nov;16(6 Pt 1):625-9.
26. Head BJ, Aquilino ML, Johnson M, Reed D, Maas M, Moorhead S. *Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC)*. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(3):251-9.
27. Carvalho E, et al. *Validação de diagnósticos de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;10(1):6.
28. Chaves E, Carvalho E, Rossi L. *Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;10(2):8.
29. Silva FS, Viana MF, Volpato MP. *Nursing diagnoses in patients admitted by the orthopedic clinic in a surgical unit*. *Rev Gaucha Enferm*. 2008 Dec;29(4):565-72.
30. Volpato MP, Cruz DALM. *Diagnósticos de Enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica*. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007;20(2):6.
31. Lopes RAM, Macedo DD, Lopes MHBM. *Diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em uma unidade de Internação de oncologia* *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 1997;5(4):7.
32. Jesus CAC, Carvalho EC. *Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações Hematológicas: uso da taxonomia i da nanda*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 1997;5(4):9.
33. Galdeano L, Rossi L, Santos C, Dantas R. *Nursing diagnosis in the perioperative period of cardiac surgery*. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 Mar;40(1):26-33.

34. Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2005;18(4):7.
35. Almeida MA, Franzen E, Vieira RW, Araújo VG, Laurent MCR. Estudos Clínicos sobre Processo e Diagnóstico de Enfermagem em um Hospital Universitário - Relato de Experiência. *Rev HCPA*. 2007;27(2):4.
36. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Assis MCS, Saffi MA, Linhares JC, et al. Enfermagem em Cardiologia Baseada em Evidência. *Rev HCPA*. 2007;27(2):6.
37. Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):18.
38. Turato E. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
39. Benedet S, Bub M. Manual de Diagnósticos de Enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
40. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):6.
41. Silva F, Viana M, Volpato M. Nursing diagnoses in patients admitted by the orthopedic clinic in a surgical unit. *Rev Gaucha Enferm*. 2008 Dec;29(4):565-72.
42. Galdeano IE, Rossi L. Validação de Conteúdo Diagnóstico: Critérios para seleção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006;5(1):7.
43. Martins GC, Santos NO, Gomes ET. Higiene Oral: Atuação da Equipe de Enfermagem em Paciente com Déficit no Autocuidado. *Rev Enferm Integrada*. 2009;2(1):8.
44. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):5.
45. Félix CCP, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):7.
46. Barreto RASS, Rocha LO, Souza ACS, Tipple AFV, Suzuki K, Bisinoto SA. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de Enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(2):7.
47. Pereira MS, Souza ACS, Tipple AFV, Prado MA. A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm Abr-Jun*; 14(2):250-7. 2005 14(2):8.
48. Rossi LA, Torрати FG, de Carvalho EC, Manfrim A, da Silva DF. Nursing diagnosis of the patient in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP*. 2000 Jun;34(2):154-64.
49. Muller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009 Jan-Mar;20(1):9-15.
50. Bartlett R, Bland A, Rossen E, Kautz D, Benfield S, Carnevale T. Evaluation of the Outcome-Present State Test Model as a way to teach clinical reasoning. *J Nurs Educ*. 2008 Aug;47(8):337-44.

## ANEXO A - Parecer HCPA acerca da realização do projeto maior



### HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

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: 08-184

Versão do Projeto: 27/06/2008

Versão do TCLE: 27/06/2008

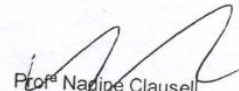
**Pesquisadores:**

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA  
DEBORAH HEIN SEGANFREDO  
ISIS MARQUES SEVERO  
MARGARITA ANA RUBIN UNICOVSKY  
LUCIANA NABINGER MENNA BARRETO  
FELIPE FRARE  
CAMILA FRAGA DUTRA  
ROSMARI WITTMANN VIEIRA  
AMALIA DE FATIMA LUCENA  
VALERIA GIORDANI ARAUJO  
JAQUELINE DRAWANZ PEREIRA

**Título:** VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING  
OUTCOMES CLASSIFICATION - NOC NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 03 de julho de 2008.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

## ANEXO B - Parecer Compesq - UFRGS acerca da realização do projeto



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL



### COMISSÃO DE PESQUISA

PARECER N. 172/08

#### 1. Identificação

Título:

Autores: Deborah Hein Seganfredo

Pesquisador Responsável: Profª Drª Miriam de Abreu Almeida

Instituição de origem: Escola de Enfermagem da UFRGS

Local de realização: HCPA

Data de apresentação à Comissão de Pesquisa/EEenf: 16/12/2008

Data de entrega ao Parecerista: 16/12/2008

Data de devolução do Parecer à Comissão: 23/12/2008

---

#### 2. Sumário do Projeto – pelo avaliador

**Itens a serem avaliados**

Adequação do Título ao Tema do Projeto:

1 ( ) adequado 2 (x) não adequado

Comentários: Sugere-se rever. Retirando do mesmo serviço de enfermagem cirúrgica de um hospital universitário. Talvez: Validação de resultados de enfermagem em enfermagem cirúrgica - ou na prática da enfermagem cirurgica.

Descrição e caracterização do tema e do problema:

1 (x) adequado 2 ( ) não adequado

Comentários:

Objetivos:



Análise de riscos e benefícios:

1 ( x ) adequado 2 ( ) não adequado

**Comentários:**

Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo:

1 ( x ) adequado 2 ( ) não adequado

**Comentários:**

Informação adequada quanto a financiamento – orçamento detalhamento e cronograma:

1 ( x ) adequado 2 ( ) não adequado

**Comentários:**

Referências bibliográficas:

1 ( x ) adequado 2 ( ) não adequado

**Comentários:**

---


**3. Parecer**

O Parecer da Comissão de Pesquisa fica condicionado ao cumprimento das reformulações propostas.

( x ) Sim ( ) Não ( ) Não foram propostas reformulações

---

**4. Parecer Homologado na Reunião da Comissão em:**

  
**Maria da Graça Oliveira Crossetti**  
Coordenadora da COMPESQ EEnf-UFRGS  
**Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti**  
Coordenadora da COMPESQ EEnf UFRGS

---

**5. Retorno da análise**

*A pesquisadora cumpriu as reformulações  
sugeridas pela Comissão e o projeto está apto a ser  
desenvolvido.*

**6. Observação**

Encaminhar as reformulações propostas, a esta Comissão, no prazo máximo de 60 dias.  
Após esse período o projeto será arquivado.

## ANEXO C - Parecer HCPA acerca da realização do projeto



### HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

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 (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 09-029

**Versão do Projeto:** 15/01/2009

**Versão do TCLE:** 25/03/2009

**Pesquisadores:**

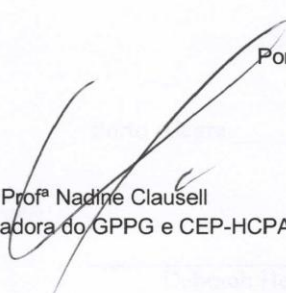
MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

DEBORAH HEIN SEGANFREDO

**Título:** VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION - NOC NA PRÁTICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 27 de março de 2009.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA





## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar da pesquisa "VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION - NOC NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO", coordenado pela Profª Drª Miriam de Abreu Almeida, da Escola de Enfermagem da UFRGS. O objetivo geral deste estudo é validar Resultados de Enfermagem da Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC para os Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes nos pacientes hospitalizados do HC, com o propósito que implantá-la no sistema de prescrição de enfermagem informatizado da instituição. Esta classificação compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado. Cada resultado contém um nome, sua definição e uma lista de indicadores que descrevem o paciente, cuidador ou família.

Nesse estudo a sua participação constará em avaliar os resultados e os indicadores propostos pela NOC para os diagnósticos mais freqüentes no Serviço de Enfermagem em que você atua. Como enfermeiro do HC, sua participação faz-se necessária para que opinem, conheçam e se familiarizem com a classificação, visto que em breve ela fará parte do Processo de Enfermagem desenvolvido no hospital. Os instrumentos de coleta de dados deverão ser preenchidos em até 30 dias.

Tendo a(o) participante da pesquisa recebido as informações anteriores e, esclarecida(o) dos seus direitos de receber respostas a qualquer pergunta sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa: de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer ônus para a sua pessoa e/ou para o seu trabalho; e de não ser identificada(o), mantendo o caráter confidencial das informações, declara estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Em seguida assino consentimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Nome e assinatura da(o) pesquisada(o)

Miriam de Abreu Almeida  
Coordenadora da Pesquisa  
Fone: (51)33331914

OBS: O Termo de Consentimento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com a(o) pesquisada(o) e outra com a pesquisadora.

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA  
03.10.7.2008  
nº 08184

GPPG - Recebido

27 JUN 2008

por: \_\_\_\_\_ nº 08184

## APÊNDICE B - Carta explicativa aos peritos e questionário para caracterização

### VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* – NOC NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA, CLÍNICA E EM TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O presente projeto tem por finalidade validar resultados do paciente influenciados pelos cuidados de enfermagem para os Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes nos pacientes hospitalizados nos Serviços de Enfermagem Cirúrgica, Clínica e em Terapia Intensiva do HCPA, utilizando-se a *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, que é um Sistema de Classificação de Resultados de Enfermagem, sendo complementar às Classificações dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA e das Intervenções de Enfermagem NIC.

Espera-se, com o presente estudo, dar andamento ao processo de implantação da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) no Processo de Enfermagem informatizado do HCPA.

Caso aceite participar da pesquisa e já tenha assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitamos que preenchas alguns dados de identificação:

- Ano de formatura: \_\_\_\_\_

- Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

- Serviço de Enfermagem do HCPA em que trabalha: \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Possui experiência no cuidado à pacientes: Cirúrgicos  Sim  Não

Clínicos  Sim  Não

de Terapia Intensiva  Sim  Não

Tempo de experiência: \_\_\_\_\_

- Titulações obtidas:  Especialização Qual? \_\_\_\_\_ Ano da titulação: \_\_\_\_\_

Mestrado Ano da titulação: \_\_\_\_\_

Doutorado Ano da titulação: \_\_\_\_\_

- Exerce ou já exerceu Ação Diferenciada no Grupo de Trabalhos para o Diagnóstico de Enfermagem?  Sim  Não

Quando? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Pertence ou já pertenceu a algum Petit Committee para aperfeiçoamentos dos Diagnósticos de Enfermagem no HCPA?  Sim  Não

Quando? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Possui produção acadêmica/científica acerca do Processo de Enfermagem ou Classificações de Enfermagem?  Não  Sim

Quais? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

A seguir você vai encontrar quadros com os resultados de enfermagem sugeridos para os três diagnósticos de enfermagem mais freqüentes nas internações de pacientes no Serviço de Enfermagem Cirúrgica, Médica e em Terapia Intensiva do HCPA.

Ao analisar cada resultado de enfermagem você deve classificá-lo quanto a sua importância em relação ao diagnóstico de enfermagem que o originou. A classificação é feita através da atribuição de uma pontuação para cada resultado, a saber:

- 1 para o resultado que não é importante;
- 2 para o resultado que é pouco importante;
- 3 para o resultado que é moderadamente importante;
- 4 para o resultado que é muito importante;
- 5 para o resultado que é extremamente importante.

Caso você tenha dificuldade na compreensão do resultado, você pode registrar observações, que poderão auxiliar na análise dos dados encontrados. Ao final de cada quadro também é possível escrever sugestões, críticas e observações.

Desde já agradecemos sua participação nesse estudo.

## APÊNDICE C - Instrumento para Segunda Etapa

**Resultados propostos para pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem *Déficit no Autocuidado: Banho /Higiene***

RESULTADO - DEFINIÇÃO	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	OBSERVAÇÕES - SUGESTÕES
<b>Autocuidado de Ostomia</b> - Atividades pessoais para manter a ostomia para eliminação.	1	2	3	4	5	
<b>Autocontrole da Ansiedade</b> - Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrentes de fonte não identificável.	1	2	3	4	5	
<b>Autocuidado: Atividades da vida diária (ADV)</b> Capacidade para desempenhar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoais mais básicas.	1	2	3	4	5	
<b>Autocuidado: Banho</b> Capacidade para limpar o próprio corpo.	1	2	3	4	5	
<b>Autocuidado: Higiene</b> Capacidade para manter a própria higiene.	1	2	3	4	5	

<b>Autocuidado: Higiene Oral</b> Capacidade de cuidar da própria boca e dentes.	1	2	3	4	5	
<b>Adaptação à Deficiência Física</b> - Resposta adaptativa a um desafio funcional significativo devido a uma deficiência física.	1	2	3	4	5	
<b>Autocontrole da Ansiedade</b> - Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrente de fonte não-identificável.	1	2	3	4	5	
<b>Cognição</b> - Capacidade para executar processos mentais complexos.	1	2	3	4	5	
<b>Comportamento de Compensação da Visão</b> - Ações pessoais para compensar prejuízo da visão.	1	2	3	4	5	
<b>Conhecimento: Cuidados com Ostomias</b> - Extensão da compreensão sobre a manutenção de uma ostomia para eliminações.	1	2	3	4	5	
<b>Conhecimento: Mecânica Corporal</b> - Extensão da compreensão transmitida sobre o alinhamento do próprio corpo, o equilíbrio e os movimentos coordenados.	1	2	3	4	5	
<b>Conservação da Energia</b> - Ações pessoais de controle da energia necessária para iniciar e manter uma atividade.	1	2	3	4	5	

<b>Desempenho da Mecânica Corporal</b> - Ações pessoais para manutenção do alinhamento corporal e a prevenção de lesão musculoesquelética.	1	2	3	4	5	
<b>Direcionamento do Próprio Cuidado</b> - Ações do receptor de cuidados para orientar as pessoas que o auxiliam com as tarefas físicas e os cuidados com a saúde.	1	2	3	4	5	
<b>Energia Psicomotora</b> - Vontade e energia para manter as atividades da vida diária, a nutrição e a segurança pessoal.	1	2	3	4	5	
<b>Estado de Autocuidado</b> - Capacidade de desempenhar cuidados pessoais básicos e tarefas domésticas.	1	2	3	4	5	
<b>Estado Cardiopulmonar</b> - Adequação do volume de sangue ejetado dos ventrículos e da troca de dióxido de carbono e oxigênio a nível alveolar.	1	2	3	4	5	
<b>Estado Neurológico</b> - Capacidade dos sistemas nervoso periférico e central para receber, processar e responder a estímulos internos e externos.	1	2	3	4	5	
<b>Estado Neurológico: Periférico</b> - Capacidade do sistema nervoso periférico para receber e responder a estímulos do sistema nervoso central.	1	2	3	4	5	
<b>Estado Respiratório</b> - Movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de dióxido de carbono a nível alveolar.	1	2	3	4	5	

<b>Função Esquelética</b> - Capacidade dos ossos de suportar o corpo e facilitar os movimentos.	1	2	3	4	5	
<b>Higiene Oral</b> - Condição da boca, dos dentes, das gengivas e da língua.						
<b>Mobilidade</b> - Capacidade de movimentar-se propositalmente no próprio ambiente de forma independente, com ou sem acessório de ajuda.	1	2	3	4	5	
<b>Motivação</b> - Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva.	1	2	3	4	5	
<b>Movimento Coordenado</b> - Capacidade dos músculos para trabalhar em conjunto e de forma voluntária para o movimento pretendido.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Agitação</b> - Severidade de perturbações fisiológicas e manifestações comportamentais de estresse ou desencadeamentos bioquímicos.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Conforto</b> - Extensão da percepção positiva do quanto o indivíduo se sente física e psicologicamente à vontade.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Confusão Aguda</b> - Severidade da perturbação na consciência e na cognição desenvolvida em um curto período de tempo.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Desconforto</b> - Severidade do desconforto mental ou físico observado ou relatado.	1	2	3	4	5	



<b>Nível de Dor</b> - Gravidade da dor relatada ou demonstrada.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Fadiga</b> - Severidade da fadiga generalizada prolongada observada ou relatada.	1	2	3	4	5	
<b>Resistência</b> - Capacidade de sustentar atividades.	1	2	3	4	5	
<b>Satisfação do Cliente: Assistência Funcional</b> - Extensão da percepção positiva em relação à efetividade da assistência de enfermagem para atingir mobilidade e autocuidado independente, de acordo com as condições de saúde.	1	2	3	4	5	
<b>Satisfação do Cliente: Cuidado Físico</b> - Extensão da percepção positiva em relação ao cuidado de enfermagem para a manutenção as funções corporais e da higiene.	1	2	3	4	5	
<b>Zelo com a Parte Afetada</b> - Ações pessoais para conhecer, proteger e integrar cognitivamente as partes do corpo afetadas.	1	2	3	4	5	

**Resultados propostos para pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem *Risco de Infecção***

RESULTADO - DEFINIÇÃO	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	OBSERVAÇÕES - SUGESTÕES
<b>Acesso para Hemodiálise</b> -Funcionalidade do local de acesso para realização de hemodiálise.	1	2	3	4	5	
<b>Autocuidado: Higiene</b> - Capacidade para manter a própria higiene.	1	2	3	4	5	
<b>Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção</b> - Extensão em que as células e tecidos se regeneram após um fechamento intencional.	1	2	3	4	5	
<b>Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção</b> - Extensão da regeneração de tecidos em uma ferida aberta.	1	2	3	4	5	
<b>Comportamento de Imunização</b> - Ações pessoais para obter imunização de modo a prevenir uma doença transmissível.	1	2	3	4	5	
<b>Comportamento de Tratamento: Doença ou Lesão</b> - Ações pessoais para obter cuidado paliativo ou eliminar uma doença.	1	2	3	4	5	

<b>Conhecimento: Controle de Infecção</b> - Extensão da compreensão sobre prevenção e controle de infecções.	1	2	3	4	5	
<b>Conhecimento: Procedimento(s) de Tratamentos</b> - Extensão da compreensão sobre o(s) procedimento(s) necessário(s) como parte de um regime de tratamento.	1	2	3	4	5	
<b>Conseqüências da Imobilidade: Fisiológicas</b> - Gravidade do comprometimento das funções fisiológicas devido a prejuízo da mobilidade física.	1	2	3	4	5	
<b>Controle de Risco Comunitário: Doença Contagiosa</b> - Ações comunitárias para eliminar ou reduzir a disseminação de agentes infecciosos que ameaçam a saúde pública.	1	2	3	4	5	
<b>Controle de Riscos</b> - Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir ameaças modificáveis a saúde.	1	2	3	4	5	
<b>Controle de Riscos: Processo Infeccioso</b> - Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir a ameaça da infecção.	1	2	3	4	5	
<b>Controle de Riscos: Doenças Sexualmente transmissíveis (DSTs)</b> - Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir comportamentos associados às doenças sexualmente transmissíveis.	1	2	3	4	5	

<b>Crenças de Saúde</b> - Convicções pessoais que influenciam comportamentos de saúde.	1	2	3	4	5	
<b>Detecção de Riscos</b> - Ações pessoais realizadas para identificar ameaças à própria saúde.	1	2	3	4	5	
<b>Estado Imunológico</b> - Resistência natural e adquirida adequadamente direcionada a antígenos internos e externos.	1	2	3	4	5	
<b>Estado Nutricional</b> - Extensão em que os nutrientes são disponibilizados para o atendimento das necessidades metabólicas.	1	2	3	4	5	
<b>Gravidade da Infecção</b> - Gravidade da infecção e dos sintomas associados.	1	2	3	4	5	
<b>Integridade Tissular: Pele e mucosas</b> - Integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas.	1	2	3	4	5	
<b>Prevenção da Aspiração</b> - Atos pessoais para prevenir a passagem de líquidos e partículas sólidas para os pulmões.	1	2	3	4	5	
<b>Prontidão do Paciente Pré-procedimento</b> - Prontidão do paciente para ser submetido seguramente a procedimento que necessite de sedação ou anestesia.	1	2	3	4	5	

**Resultados propostos para pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem *Ansiedade***

RESULTADO - DEFINIÇÃO	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	OBSERVAÇÕES - SUGESTÕES
<b>Autocontrole da Ansiedade</b> - Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrente de fonte não-identificável.	1	2	3	4	5	
<b>Concentração</b> - Capacidade de focalizar determinado estímulo.	1	2	3	4	5	
<b>Enfrentamento</b> - Ações pessoais para controlar estressores que consomem os recursos individuais.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Ansiedade</b> - Gravidade da apreensão, da apreensão ou do desconforto manifestados, decorrentes de uma fonte não identificável.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Hiperatividade</b> - Gravidade dos padrões de falta de atenção ou impulsividade em uma criança de 1 a 17 anos de idade.	1	2	3	4	5	
<b>Aceitação: Estado de Saúde</b> - Aceitação de	1	2	3	4	5	

mudança significativa no estado de saúde.						
<b>Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida</b> - Resposta da adaptação psicossocial de um indivíduo a uma mudança de vida importante.	1	2	3	4	5	
<b>Autocontrole da Agressividade</b> - Autoconcentração de comportamento agressivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros.	1	2	3	4	5	
<b>Autocontrole da Impulsividade</b> - Autoconcentração de comportamentos compulsivos ou impulsivos.	1	2	3	4	5	
<b>Contenção da Automutilação</b> - Ações pessoais para evitar lesões (não-letais) intencionais causadas a si mesmo.	1	2	3	4	5	
<b>Controle de Sintomas</b> - Ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas nas funções física e emocional.	1	2	3	4	5	
<b>Estado Neurológico: Autônomo</b> - Capacidade do sistema nervoso autônomo coordenar a função visceral e homeostática.	1	2	3	4	5	
<b>Habilidades de Interação Social</b> - Comportamentos pessoais que promovem relacionamentos eficazes.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Estresse</b> - Gravidade da tensão física ou mental manifestada, decorrente de fatores que alteram um equilíbrio existente.	1	2	3	4	5	

<b>Nível de Fadiga</b> - Gravidade observada ou relatada da fadiga generalizada prolongada.	1	2	3	4	5	
<b>Processamento de Informação</b> - Capacidade para adquirir, organizar e utilizar informações.	1	2	3	4	5	
<b>Resolução do Pesar</b> - Adaptação a uma perda real ou iminente.	1	2	3	4	5	
<b>Satisfação do Cliente: Cuidado</b> - Extensão da percepção positiva em relação à preocupação da equipe de enfermagem com o cliente.	1	2	3	4	5	
<b>Satisfação do Cliente: Cuidado Psicológico</b> - Extensão da percepção positiva em relação à assistência de enfermagem para o cliente desempenhar atividades mentais e emocionais independentes, conforme a condição de saúde.	1	2	3	4	5	
<b>Controle de Náuseas e Vômitos</b> - Ações pessoais para controlar a náusea sintomas do vômito.	1	2	3	4	5	
<b>Movimentação Segura</b> - Movimentação socialmente segura sem propósito aparente em um indivíduo com prejuízo cognitivo.	1	2	3	4	5	
<b>Nível de Agitação</b> - Severidade de perturbações fisiológicas e manifestações comportamentais de estresse ou desencadeamentos bioquímicos.	1	2	3	4	5	
<b>Risco de Propensão à Fuga</b> - Propensão de um indivíduo com prejuízo cognitivo de fugir de	1	2	3	4	5	

uma área segura.						
<b>Gravidade das Náuseas e do Vômito</b> - Gravidade dos sintomas de náusea e vômitos.	1	2	3	4	5	
<b>Gravidade da Retirada de Substância</b> - Gravidade dos sinais e sintomas físicos e psicológicos causados pela retirada de drogas viciantes, químicas tóxicas, tabaco e álcool.	1	2	3	4	5	
<b>Sinais Vitais</b> - Temperatura, pulso, respiração e pressão sanguínea dentro dos parâmetros esperados para o indivíduo.	1	2	3	4	5	
<b>Sono</b> - Suspensão natural e periódica da consciência durante a qual o corpo se restabelece.	1	2	3	4	5	



**APÊNDICE D - Carta com *feedback* dos resultados da segunda etapa e explicação para mudança de metodologia da terceira etapa**

**VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* – NOC NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**MUDANÇA DE METODOLOGIA E FEEDBACK DOS RESULTADOS DA ETAPA ANTERIOR**

Gostaria de informá-lo que devido à dificuldade em fixar horário para reunir os peritos em um grupo focal, minha orientadora, a Profa Dra Miriam de Abreu Almeida, e eu, decidimos mudar a metodologia desta fase da dissertação de mestrado intitulada "VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* – NOC NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO".

O grupo focal foi substituído por instrumento para a validação de indicadores de resultados NOC.

Este instrumento consta dos resultados NOC validados na etapa anterior para o diagnóstico de enfermagem *Risco de Infecção* e seus respectivos indicadores.

Você deve atribuir nota a cada indicador em relação ao resultado que o originou, em escala de 1 a 5, da mesma forma como foi realizado na etapa anterior da pesquisa.

Abaixo seguem os resultados validados (atingiram pontuação  $\geq 0,7$ ) para a prática hospitalar cirúrgica, médica e em terapia intensiva para os diagnósticos de enfermagem Déficit no Autocuidado: banho/higiene, Risco de infecção e Ansiedade. Devido ao limite de tempo para defesa da dissertação, neste estudo somente serão validados os indicadores dos resultados para o diagnóstico Risco de Infecção. Os resultados para os demais diagnósticos serão estudados em uma próxima pesquisa.

Resultados validados na etapa anterior:

## **Resultados para Déficit no Autocuidado: banho/higiene**

Autocuidado: Atividades da vida diária (ADV)

Autocuidado: Banho

Autocuidado: Higiene

Autocuidado: Higiene Oral

Estado de Autocuidado

Nível de Dor

Nível de Fadiga

## **Resultados para Risco de Infecção**

Acesso para Hemodiálise

Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção

Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção

Conhecimento: Controle de Infecção

Conhecimento: Procedimento(s) de Tratamentos

Controle de Risco Comunitário: Doença Contagiosa

Controle de Riscos

Controle de Riscos: Processo Infeccioso

Controle de Riscos: Doenças Sexualmente transmissíveis (DSTs)

Estado Imunológico

Integridade Tissular: Pele e mucosas

Prevenção da Aspiração

## **Resultados para Ansiedade**

Autocontrole da Ansiedade

Enfrentamento

Nível de Ansiedade

Aceitação: Estado de Saúde

Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida

Nível de Estresse

Satisfação do Cliente: Cuidado Psicológico

Gravidade da Retirada de Substância

Sono

## APÊNDICE E - Instrumento para terceira etapa

Resultados validados na etapa anterior para o diagnóstico de enfermagem **Risco de Infecção**

Resultado: **Acesso para hemodiálise**

Definição: Funcionalidade do local de acesso para realização de hemodiálise

INDICADOR	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Observações / Sugestões
<b>Volume do fluxo sanguíneo através da fístula/shunt</b>	1	2	3	4	5	
<b>Cor da pele no local da fístula</b>	1	2	3	4	5	
<b>Temperatura da pele no local da fístula</b>	1	2	3	4	5	
<b>Ruído anormal da fístula</b>	1	2	3	4	5	
<b>Frêmito</b>	1	2	3	4	5	
<b>Pulsos periféricos distais</b>	1	2	3	4	5	
<b>Temperatura nas extremidades distais</b>	1	2	3	4	5	
<b>Coloração da pele nas extremidades distais</b>	1	2	3	4	5	
<b>Tempo de coagulação</b>	1	2	3	4	5	
<b>Secreção no local da fístula</b>	1	2	3	4	5	
<b>Hematoma no local da fístula</b>	1	2	3	4	5	
<b>Sangramento no local da fístula</b>	1	2	3	4	5	
<b>Edema periférico distal</b>	1	2	3	4	5	
<b>Sensibilidade no local da fístula</b>	1	2	3	4	5	
<b>Deslocamento do cateter</b>	1	2	3	4	5	

Resultado: **Cicatrização de feridas: Primeira Intenção**

Definição: Extensão em que as células e os tecidos se regeneram após um fechamento intencional

INDICADOR	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Observações / Sugestões
Aproximação da pele	1	2	3	4	5	
Aproximação das bordas da ferida	1	2	3	4	5	
Formação de tecido cicatricial	1	2	3	4	5	
Drenagem purulenta	1	2	3	4	5	
Drenagem serosa da ferida	1	2	3	4	5	
Drenagem sero-sanguinolenta da ferida	1	2	3	4	5	
Drenagem sanguinolenta da ferida	1	2	3	4	5	
Drenagem sanguinolenta de um dreno	1	2	3	4	5	
Drenagem sero-sanguinolenta de um dreno	1	2	3	4	5	
Eritema em torno da ferida	1	2	3	4	5	
Lesão de pele em torno da ferida	1	2	3	4	5	
Edema em torno da ferida	1	2	3	4	5	
Elevação da temperatura da pele	1	2	3	4	5	
Odor proveniente da ferida	1	2	3	4	5	

Resultado: **Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção**

Definição: Extensão da regeneração de tecidos de uma ferida aberta

INDICADOR	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Observações / Sugestões
Tecido de granulação	1	2	3	4	5	
Formação de tecido cicatricial	1	2	3	4	5	
Diminuição da tamanho da ferida	1	2	3	4	5	

Drenagem purulenta	1	2	3	4	5	
Drenagem serosa	1	2	3	4	5	
Drenagem sanguinolenta	1	2	3	4	5	
Drenagem sero-sanguinolenta	1	2	3	4	5	
Eritema em torno da ferida	1	2	3	4	5	
Inflamação da ferida	1	2	3	4	5	
Edema em torno da ferida	1	2	3	4	5	
Pele com bolhas	1	2	3	4	5	
Pele macerada	1	2	3	4	5	
Necrose	1	2	3	4	5	
Formação de esfacela	1	2	3	4	5	
Formação de túnel	1	2	3	4	5	
Bordas irregulares	1	2	3	4	5	
Granulação com aspecto irregular	1	2	3	4	5	
Odor proveniente da ferida	1	2	3	4	5	

Resultado: **Conhecimento: Controle de Infecção**

Definição: Extensão da Compreensão sobre prevenção e controle de infecções

INDICADOR						Observações / Sugestões
	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	
Descrição do modo de transmissão	1	2	3	4	5	
Descrição dos fatores que contribuem para a transmissão	1	2	3	4	5	
Descrição das práticas que reduzem a transmissão	1	2	3	4	5	
Descrição de sinais e sintomas	1	2	3	4	5	
Descrição de procedimentos de exame	1	2	3	4	5	
Descrição de procedimentos para monitorização	1	2	3	4	5	
Descrição de atividades para aumentar a resistência a infecções	1	2	3	4	5	
Descrição do tratamento de uma infecção diagnosticada	1	2	3	4	5	
Descrição de acompanhamento para uma infecção diagnosticada	1	2	3	4	5	

**Resultado: Conhecimento: Procedimento(s) de Tratamento**

Definição: Extensão da compreensão sobre o(s) procedimento(s) necessário(s) como parte de um regime de tratamento

INDICADOR	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Observações / Sugestões
Descrição do(s) procedimento(s) de tratamento	1	2	3	4	5	
Explicação do propósito do(s) procedimento(s)	1	2	3	4	5	
Descrição das etapas do(s) procedimento(s)	1	2	3	4	5	
Descrição das precauções relacionadas ao(s) procedimento(s)	1	2	3	4	5	
Descrição das restrições relacionadas ao(s) procedimento(s)	1	2	3	4	5	
Descrição do uso de equipamento(s)	1	2	3	4	5	
Descrição do cuidado adequado do equipamento	1	2	3	4	5	
Descrição da ação adequada em caso de complicações	1	2	3	4	5	
Descrição dos efeitos colaterais potenciais	1	2	3	4	5	
Descrição de contra-indicações para o(s) procedimento(s)	1	2	3	4	5	

**Resultado: Controle de Risco Comunitário: Doença Contagiosa**

Definição: Ações comunitárias para eliminar ou reduzir a disseminação de agentes infecciosos que ameaçam a saúde pública

INDICADOR	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Observações / Sugestões
Exame de todos os grupos-alvo de alto risco	1	2	3	4	5	
Vigilância de surtos de doenças infecciosas, incluindo um sistema de coleta, relato e acompanhamento de dados	1	2	3	4	5	

Pesquisa e notificação de contatos relacionados a riscos de doença infecciosa	1	2	3	4	5	
Relato de ocorrências de doença conforme a obrigatoriedade das leis e dos regulamentos estaduais	1	2	3	4	5	
Disponibilidade de serviços de encaminhamento e tratamento de indivíduos infectados	1	2	3	4	5	
Provisão de insumos para reduzir a disseminação da doença	1	2	3	4	5	
Políticas e programas estabelecidos para garantir o armazenamento, o manuseio e o preparo seguro de alimentos	1	2	3	4	5	
Testes de água de acordo com os regulamentos federais, estaduais e locais	1	2	3	4	5	
Promoção de imunização que atinja toda a comunidade	1	2	3	4	5	
Obrigatoriedade de programas de vigilância e controle de infecções	1	2	3	4	5	
Disponibilidade de quimioprofilaxia para viajantes	1	2	3	4	5	
Evidência de controles ambientais	1	2	3	4	5	
Obrigatoriedade de políticas de monitoramento ambiental	1	2	3	4	5	
Obrigatoriedade de vacinas de animais domésticos	1	2	3	4	5	
Disponibilidade de serviços de saúde para tratar doenças transmissíveis	1	2	3	4	5	
Acesso aos serviços públicos	1	2	3	4	5	
Educação pública sobre transmissão e disseminação de doenças infecciosas	1	2	3	4	5	
Políticas de apoio ao controle de doenças infecciosas	1	2	3	4	5	

Resultado: **Controle de Riscos**

Definição: Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir ameaças modificáveis a saúde

INDICADOR						Observações / Sugestões
	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	
Reconhece fatores de risco	1	2	3	4	5	
Monitora fatores de risco ambiental	1	2	3	4	5	
Monitora fatores de risco do comportamento pessoal	1	2	3	4	5	

<b>Desenvolve fatores estratégias eficazes para controle de riscos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Adapta estratégias para controle de riscos conforme a necessidade</b>	1	2	3	4	5	
<b>Compromete-se com estratégias de controle de riscos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Segue estratégias selecionadas de controle de riscos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Modifica o estilo de vida para reduzir riscos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Evita expor-se a ameaças de saúde</b>	1	2	3	4	5	
<b>Participa de exames para avaliar problemas de saúde associados</b>	1	2	3	4	5	
<b>Participa de exames para avaliar riscos identificados</b>	1	2	3	4	5	
<b>Obtém as imunizações adequadas</b>	1	2	3	4	5	
<b>Usa serviços de saúde coerentes com as necessidades</b>	1	2	3	4	5	
<b>Usa sistemas de apoio pessoal para controlar riscos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Usa recursos da comunidade para controlar riscos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Reconhece mudanças no estado de saúde</b>	1	2	3	4	5	
<b>Monitora mudanças no estado de saúde</b>	1	2	3	4	5	

Resultado **Controle de Riscos: Processo Ineficaz**

Definição: Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir a ameaça de uma infecção

<b>INDICADOR</b>	<b>Não Importante</b>	<b>Pouco Importante</b>	<b>Moderadamente Importante</b>	<b>Muito Importante</b>	<b>Extremamente Importante</b>	<b>Observações / Sugestões</b>
<b>Conhecimentos pessoais sobre risco de infecção</b>	1	2	3	4	5	
<b>Conhecimentos pessoais das conseqüências associadas à infecção</b>	1	2	3	4	5	
<b>Conhecimento do comportamento associado ao risco de infecção</b>	1	2	3	4	5	
<b>Identifica risco de infecção nas situações diárias</b>	1	2	3	4	5	
<b>Identifica sinais e sintomas pessoais que indicam risco potencial</b>	1	2	3	4	5	
<b>Busca confirmação do risco de infecção percebido</b>	1	2	3	4	5	
<b>Identifica estratégias para proteger a si mesmo de outros com infecção</b>	1	2	3	4	5	
<b>Monitora comportamentos pessoais em relação a fatores associados ao risco de infecção</b>	1	2	3	4	5	
<b>Monitora o ambiente em relação a fatores associados ao risco de infecção</b>	1	2	3	4	5	



Monitora o tempo em relação ao tempo de incubação de uma doença infecciosa	1	2	3	4	5	
Mantém o ambiente limpo	1	2	3	4	5	
Utiliza estratégias de desinfecção de materiais	1	2	3	4	5	
Desenvolve estratégias efetivas de controle de infecção	1	2	3	4	5	
Utiliza precauções universais	1	2	3	4	5	
Pratica a higienização das mãos	1	2	3	4	5	
Pratica estratégias de controle de infecção	1	2	3	4	5	
Ajusta as estratégias de controle de infecção conforme necessário	1	2	3	4	5	
Pratica ações para promover o descanso	1	2	3	4	5	
Pratica ações para promover a ingestão de líquidos	1	2	3	4	5	
Monitora as mudanças no estado geral de saúde	1	2	3	4	5	
Realiza ações imediatas para reduzir o risco	1	2	3	4	5	
Obtém imunizações recomendadas	1	2	3	4	5	
Utiliza fontes fidedignas de informação	1	2	3	4	5	
Utiliza serviços de cuidados a saúde de acordo com a necessidade	1	2	3	4	5	

Resultado: **Controle de Riscos: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)**

Definição: Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir comportamentos associados às doenças sexualmente transmissíveis

INDICADOR	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	
Reconhece risco individual de DSTs	1	2	3	4	5	
Reconhece conseqüências pessoais associadas a DSTs	1	2	3	4	5	
Monitora contatos quanto a riscos de exposição a DSTs	1	2	3	4	5	
Monitora comportamentos pessoais de risco de exposição a DSTs	1	2	3	4	5	
Desenvolve estratégias eficazes para reduzir exposição a DSTs	1	2	3	4	5	
Adapta estratégias de controle da exposição quando necessário	1	2	3	4	5	
Compromete-se com as estratégias de controle da exposição	1	2	3	4	5	
Segue estratégias selecionadas para controle da exposição	1	2	3	4	5	
Indaga a respeito do estado do parceiro quanto a DSTs antes da	1	2	3	4	5	

<b>atividade sexual</b>						
<b>Usa métodos de controle da transmissão de DSTs</b>	1	2	3	4	5	
<b>Reconhece sinais e sintomas de uma DST</b>	1	2	3	4	5	
<b>Realiza exames para DSTs</b>	1	2	3	4	5	
<b>Realiza exames para problemas de saúde associados</b>	1	2	3	4	5	
<b>Usa serviços de saúde da comunidade para o tratamento de DSTs</b>	1	2	3	4	5	
<b>Obedece ao tratamento recomendado para uma DST</b>	1	2	3	4	5	
<b>Notifica o parceiro sexual em caso de infecção por uma DST</b>	1	2	3	4	5	
<b>Mantém-se livre de DSTs</b>	1	2	3	4	5	

Resultado: **Estado Imunológico**

Definição: Resistência natural ou adquirida adequadamente direcionada a antígenos internos e externos

<b>INDICADOR</b>	<b>Não Importante</b>	<b>Pouco Importante</b>	<b>Moderadamente Importante</b>	<b>Muito Importante</b>	<b>Extremamente Importante</b>	<b>Observações / Sugestões</b>
<b>Função gastrointestinal</b>	1	2	3	4	5	
<b>Função respiratória</b>	1	2	3	4	5	
<b>Função geniturinária</b>	1	2	3	4	5	
<b>Temperatura corporal</b>	1	2	3	4	5	
<b>Integridade da pele</b>	1	2	3	4	5	
<b>Integridade da mucosa</b>	1	2	3	4	5	
<b>Imunizações atualizadas</b>	1	2	3	4	5	
<b>Concentrações de anticorpos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Reação adequada ao teste de pele após exposição</b>	1	2	3	4	5	
<b>Valores absolutos do leucograma</b>	1	2	3	4	5	
<b>Valores do diferencial do leucograma</b>	1	2	3	4	5	
<b>Nível de células do T4</b>	1	2	3	4	5	
<b>Nível de células do T8</b>	1	2	3	4	5	
<b>Níveis de complementos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Achados radiográficos do timo</b>	1	2	3	4	5	
<b>Infecções recorrentes</b>	1	2	3	4	5	

<b>Tumores</b>	1	2	3	4	5	
<b>Perda de peso</b>	1	2	3	4	5	
<b>Fadiga crônica</b>	1	2	3	4	5	

Resultado: **Integridade Tissular: Pele e Mucosas**

Definição: Integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas

INDICADOR						Observações / Sugestões
	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	
<b>Temperatura da pele</b>	1	2	3	4	5	
<b>Sensibilidade</b>	1	2	3	4	5	
<b>Elasticidade</b>	1	2	3	4	5	
<b>Hidratação</b>	1	2	3	4	5	
<b>Transpiração</b>	1	2	3	4	5	
<b>Textura</b>	1	2	3	4	5	
<b>Espessura</b>	1	2	3	4	5	
<b>Perfusão Tissular</b>	1	2	3	4	5	
<b>Crescimento de pêlos</b>	1	2	3	4	5	
<b>Integridade da pele</b>	1	2	3	4	5	
<b>Pigmentação anormal</b>	1	2	3	4	5	
<b>Lesões na pele</b>	1	2	3	4	5	
<b>Lesões nas mucosas</b>	1	2	3	4	5	
<b>Tecido cicatricial</b>	1	2	3	4	5	
<b>Câncer de pele</b>	1	2	3	4	5	
<b>Descamação na pele</b>	1	2	3	4	5	
<b>Crostras na pele</b>	1	2	3	4	5	
<b>Eritema</b>	1	2	3	4	5	
<b>Clareamento</b>	1	2	3	4	5	
<b>Necrose</b>	1	2	3	4	5	
<b>Endurecimento</b>	1	2	3	4	5	

Resultado: **Prevenção da Aspiração**

Definição: Atos pessoais para prevenir a passagem de líquidos e partículas sólidas para os pulmões

INDICADOR	Não Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Observações / Sugestões
<b>Indica fatores de risco</b>	1	2	3	4	5	
<b>Evita fatores de risco</b>	1	2	3	4	5	
<b>Posiciona-se ereto para comer/beber</b>	1	2	3	4	5	
<b>Seleciona alimentos de acordo com a capacidade para deglutir</b>	1	2	3	4	5	
<b>Posiciona-se de lado para comer e beber, quando necessário</b>	1	2	3	4	5	
<b>Escolhe líquidos e alimentos de consistência adequada</b>	1	2	3	4	5	
<b>Utiliza espessantes para líquidos, quando necessário</b>	1	2	3	4	5	

