



**CIPESCANDO EM CURITIBA: Construção e Implementação  
da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de  
Enfermagem na Rede Básica de Saúde**



**Lêda Maria Albuquerque**

**Marcia Regina Cubas**

**Organizadoras**



**CIPESCANDO EM CURITIBA: Construção e Implementação  
da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de  
Enfermagem na Rede Básica de Saúde**

Curitiba – PR

2005



Este livro é fruto de construção coletiva, portanto seria impossível pensá-lo sem agradecer algumas pessoas que foram importantes nesta caminhada:

Às enfermeiras Lenita Antonia Vaz, Maria Goretti David Lopes, Simone Marie Perotta e Soriane Kieski Martins, que disponibilizam o que de melhor possuem para o desenvolvimento da nomenclatura da CIPESC Curitiba.

À Enfermeira Simone Aparecida Peruzzo que abriu prontamente as portas da ABEn-PR.

Ao ex-Secretário de Saúde Luciano Ducci que acreditou (e apostou) no nosso projeto e ao atual Secretário Michele Caputo Neto pela garantia da implantação.

Incluimos um agradecimento especial àquela que representa nosso porto seguro, Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega.

## ORGANIZADORAS

### **Lêda Maria Albuquerque**

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Professora Auxiliar de Ensino do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

### **Marcia Regina Cubas**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutoranda em Enfermagem do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

## COLABORADORAS

### **Emiko Yoshikawa Egry**

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública (FSP/USP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Projeto CIPESC I. Pesquisadora CNPq.

### **Lêda Maria Albuquerque**

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Professora Auxiliar de Ensino do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

### **Marcia Regina Cubas**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutoranda em Enfermagem do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

### **Maria Miriam Lima da Nóbrega**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UNIFESP). Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Projeto CIPESC I. Pesquisadora CNPq. Assessora Técnica no Projeto de Sistematização das Práticas de Enfermagem na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR.

**Telma Ribeiro Garcia**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EERP/USP). Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Projeto CIPESC I. Pesquisadora CNPq.

**Simone Marie Perotta**

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em Dependência Química. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Especialista em Gestão em Assuntos Públicos. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Coordenadora do Centro de Atenção Social – CAPS Cajuru.

**Soriane Kieski Martins**

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Coordenadora de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

**Tânia Mara Rover Balmant**

Enfermeira. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Coordenadora do Cartão Qualidade/Prontuário Eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

**REVISORA**

**Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega**

**GRUPO CONDUTOR DA SISTEMATIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA DE CURITIBA**

**Lêda Maria Albuquerque**

**Lenita Antonia Vaz**

**Marcia Regina Cubas**

**Maria Goretti David Lopes**

**Simone Marie Perotta**

**Soriane Kieski Martins**

## SUMÁRIO

Apresentação .....	9
Prefácio .....	12
Cipescar é preciso!.....	13
Terminologias em enfermagem: desenvolvimento e perspectivas de incorporação na prática profissional .....	18
Bases teóricas, metodológicas e pedagógicas para a construção de um sistema de classificação em enfermagem.....	40
Construção da nomenclatura das práticas de enfermagem em Curitiba .....	51
Nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem da rede básica de saúde do município de Curitiba.....	63
Formulário de colaboração .....	121

## APRESENTAÇÃO

Simone Aparecida Peruzzo

Este lançamento é o resultado do esforço conjunto da ABEn Nacional, ABEn Seção Paraná, de colegas comprometidas com o Sistema Único de Saúde, os usuários e a categoria de enfermagem, de profícuas parcerias, assessoramento e consultorias exímias, e gestores sensíveis.

Ao apontar a Associação Brasileira de Enfermagem, busco resgatar e/ou relembrar a história desta construção.

No ano de 1996, a ABEn Nacional definiu o Sistema de Classificação como uma das possibilidades de contribuição para legitimação e oficialização da prática profissional da enfermagem no Brasil. Naquela ocasião, colegas como Maria Goretti David Lopes, então, presidente da ABEn Nacional, Maria José Moraes Antunes, diretora de assuntos profissionais, Emiko Yoshikawa Egry, coordenadora técnica do projeto CIPESC e Maria Miriam Lima da Nóbrega, pesquisadora e uma das organizadoras da Série Didática Enfermagem no SUS: “Sistema de Classificação das Práticas de Enfermagem: um trabalho coletivo”, vislumbraram com este projeto a possibilidade da criação de novos referenciais para a prática de enfermagem.

A ABEn Seção Paraná, em 2001, por ocasião das eleições, em sua carta de intenções se propôs a consolidar este projeto e encontrou na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba um terreno extremamente fértil, propiciado num primeiro momento pela colega Maria Goretti David Lopes, presidente da ABEn Nacional (gestão 1995-1998), chefe de gabinete do secretário municipal de saúde, a colega Enfermeira Lenita Antonia Vaz, auditora daquela secretaria e tesoureira da ABEn-PR e na figura do então gestor e amigo, Farmacêutico Michele Caputo Neto. Na seqüência as abenistas, Enfermeiras Lêda Maria Albuquerque, Marcia Regina Cubas, Simone Marie Perotta, Soriane Kieski Martins, apropriaram-se da idéia e abraçaram o projeto, pelas quais, carinhosamente eu chamo de “Grupo Mãe”.

O passo seguinte foi capacitar os primeiros cento e cinquenta enfermeiros da rede básica de saúde do município de Curitiba, por meio de uma parceria com esta

associação, a Secretaria Municipal da Saúde - SMS e o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR. As monografias exigidas por ocasião da capacitação, foram selecionadas e compuseram mais um volume da Série Didática: Enfermagem no SUS, da ABEn Nacional, patrocinada pelo gestor municipal.

O engajamento de nossas colegas da rede básica de saúde tem se consolidado em seu dia a dia, ao escreverem sua prática reconhecendo sua especificidade, de maneira a testá-la, contestá-la, trazendo sugestões e acréscimos. Este conhecimento construído encontra-se atualmente implantado no prontuário eletrônico da SMS.

A CIPESC<sup>®</sup> é capaz de desencadear o raciocínio clínico, julgamento e a tomada de decisão do enfermeiro por meio do diagnóstico de enfermagem e o plano de cuidados. As consultas de enfermagem adquiriram assim, uma maior visibilidade, bem como, consolida o nosso compromisso ético junto ao usuário. A classificação das práticas teve sua construção realizada em consonância com nossa realidade de saúde, podendo ser ampliada para todo o estado do Paraná e Brasil. Tal fato torna esta uma produção 100% brasileira.

Reforço, mais uma vez, a parceria com a UFPR, nossa Universidade mais antiga de ensino público e gratuito, minha casa e da vice-presidente da ABEn-Pr, Ivete Zagonel (Gestão 2001-2004) coordenadora pedagógica do curso de capacitação. Ao corpo docente do departamento de enfermagem da UFPR, primeiramente chefiados pela Liliana Labronice e atualmente pela Marinelli Joaquim Meier, que tornaram possível a realização de uma capacitação com credibilidade e qualidade, o nosso agradecimento.

Ao gestor, farmacêutico e amigo, Miquele Caputo Neto, que ousou em aceitar este desafio (quando toda uma sociedade discutia o PL 025/02 "Ato Médico" - um pesado jogo de relações de poder que define a regulamentação profissional do setor de saúde), pelo seu entendimento quanto à enfermagem como ciência, bem como por se tratar de um projeto emancipatório das práticas de enfermagem, capaz de sistematizá-las, frente à obrigação de oferecer aos nossos usuários uma assistência profissional, segura, com qualidade e resolutiva. Aos demais dirigentes da SMS, que atuaram como facilitadores deste projeto o nosso eterno reconhecimento.

À Dra. Emiko Yoshikawa Egry, assessora do projeto e à Dra. Miriam Nóbrega consultora da ABEn Nacional, colegas e amigas, pesquisadoras com luz própria e que iluminaram nossos caminhos e mentes durante esta caminhada, o nosso eterno agradecimento.

*Cipescar* é um verbo criado durante a realização do projeto nacional, na perspectiva de retratar a ação de participação e construção coletiva das práticas de enfermagem, por isso convido a todos a CIPESCAR em Curitiba e multiplicar esta idéia para os nossos estados e país.

## PREFÁCIO

Michele Caputo Neto<sup>1</sup>

Tenho orgulho, na qualidade de gestor municipal, de ser um dos primeiros apoiadores desse inovador projeto de sistematização das práticas de enfermagem.

Sem desmerecer as demais categorias da saúde, quero enaltecer o trabalho, a organização e os feitos da Enfermagem no âmbito do sistema municipal de Saúde de Curitiba.

As enfermeiras estão em todos os setores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), atuam na assistência, gerência e gestão das Unidades Básicas, Unidades 24 Horas, Hospitais e em praticamente todos os programas da saúde.

A nossa Secretaria já contava com o **Cartão Qualidade**, quando recebi as lideranças da Associação Brasileira de Enfermagem, explicando a importância da proposta para a sociedade. Compreendi e, confesso, pensei em levar a idéia também para minha categoria: os farmacêuticos.

Com autonomia e determinação os profissionais de enfermagem conseguiram convencer diretores, supervisores e autoridades sanitárias da SMS da necessidade de um instrumento capaz de registrar suas ações e conseqüente impacto na prestação da assistência à saúde do cidadão.

A implantação da CIPESC<sup>®</sup> no prontuário eletrônico da SMS de Curitiba trouxe resultados imediatos com o registro das Consultas de Enfermagem, demonstrando que os serviços de saúde podem contar com estes profissionais para aumentar a resolutividade e avançar no modelo de atenção que privilegie a promoção à saúde.

Este livro “Cipescando em Curitiba: Construção e Implantação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde” é a segunda produção científica do grupo. E repito: tenho orgulho de ser um colaborador. Sei que o trabalho pioneiro, desenvolvido graças a capacidade técnica e política das enfermeiras de Curitiba, será estendido para todo o Brasil.

---

<sup>1</sup> Farmacêutico. Secretário Municipal da Saúde de Curitiba. Diretor de Capitais do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

## CIPESCAR É PRECISO<sup>2</sup>!...

Lêda Maria Albuquerque

Marcia Regina Cubas

Primeiramente devemos mencionar que o objetivo maior deste livro é o relato da experiência da aplicação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC<sup>®</sup>, no município de Curitiba.

Trabalho que nos motivou e propiciou encontros com teoria/método e prática, numa grande construção democrática, remetendo-nos ao estabelecido por Cianciarullo (2001), de que o conhecimento na Enfermagem não se encontra totalmente estruturado, mas que surgirá a partir da construção coletiva dos enfermeiros e usuários na arena onde se encontram as relações de cuidado.

Nosso anseio firmava-se numa pergunta: *Como estabelecer um processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde Coletiva sem desviá-lo dos princípios do Sistema Único de Saúde, dos conceitos envolvidos na sistematização oferecidos pela nossa formação profissional e das diretrizes do modelo assistencial estabelecido pela instituição?* Tarefa que num primeiro momento nos pareceu impossível devido às inúmeras contradições a serem superadas, mas que ao serem assumidas tornaram possível a visualização de superações assim como novas contradições.

Definimos a metodologia pedagógica - **metodologia da problematização** - como alicerce de nossas oficinas coletivas, porém, uma constatação se fazia presente: a necessidade de estabelecer qual Teoria de Enfermagem embasaria nossa atenção, pretendendo com isso constituir ações de enfermagem pautadas “...em seus próprios valores profissionais e não nos valores de outras profissões...” (LEOPARDI, 1999, p.26).

Sendo coerente com a pedagogia proposta, a observação da realidade apresentada corroborava a afirmação de Souza (2001), que as teorias produzem

---

<sup>2</sup> Ressaltamos que o sentido que queremos oferecer ao colocar a palavra “preciso” vai além do conceito da necessidade de um sistema classificatório. Estende-se no significado de “preciso” como exatidão: “*Navegar é preciso, viver não é preciso*” (Fernando Pessoa).

resultados de várias ordens no processo de cuidar em enfermagem, mas que os profissionais enfermeiros não se conscientizam da influência destas, porque incorporam o conhecimento aos poucos no seu exercício diário.

Era claro que, apesar da concordância do grupo de que as teorias de enfermagem disponibilizadas e ensinadas no processo de formação do enfermeiro pouco tinham relação com a realidade estrutural do SUS, tampouco com o conceito abrangente da **Saúde** e da palavra **Coletivo**, uma delas deveria ser eleita como base da construção curitibana.

Neste momento, ao avaliarmos a força de trabalho da rede municipal, percebemos que a grande maioria era oriunda das escolas formadoras do Paraná e que tinham algo em comum: todas haviam tido contato com a **Teoria das Necessidades Humanas de Wanda de Aguiar Horta** e, que esta, de alguma forma, direcionava a organização do processo de trabalho assistencial do enfermeiro, principalmente no conceito de necessidade, que passa a ser o passo inicial para a construção dos elementos da prática de enfermagem em Curitiba.

Cabe ressaltar que este conceito na saúde coletiva tem uma dimensão mais abrangente, mas que nas discussões com o grupo de trabalho foi possível observar que ao problematizá-lo a partir de Horta (1979, p.39), como “...condições ou situações que o indivíduo, família ou comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas...”, ficava evidente a apropriação de outros conceitos fundamentados nos princípios e diretrizes do SUS e também outros decorrentes da promoção à saúde, como por exemplo: vulnerabilidade.

Visualizamos que outra teoria de enfermagem, voltada à saúde coletiva, permeava nossas discussões: a **Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC** (EGRY, 1996), entretanto, com menor contato com as enfermeiras da SMS, mas com grande contribuição como teoria e método.

Para a construção dos elementos da prática o grupo condutor optou pelo uso da **metodologia retrospectiva** (CLARK, 1996), pois esta foi eleita pelo *International Council of Nurses* – ICN (Conselho Internacional de Enfermagem – CIE), como uma das formas de contribuições de novos termos à Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem – CIPE® (CIE, 1994).

Necessitamos de apoio para esta construção, utilizamos então: a listagem de fenômenos e intervenções decorrentes da CIPESC® (GARCIA; NÓBREGA, 2000) e as definições da CIPE® Versão Beta (CIE, 2000). O trabalho de equivalência semântica de Nóbrega (2000) e o de validação de termos produzido por Garcia e Nóbrega (2002) também foram materiais empregados quando da listagem dos elementos da prática de enfermagem.

Este processo de trabalho foi lento, porém realizado no tempo necessário para estabelecer as interligações entre: o conhecimento disponível; a estrutura administrativa da instituição; o momento político estrutural; a apropriação da ferramenta CIPESC® pelos profissionais envolvidos na construção da nomenclatura; a sensibilização da força de trabalho da rede municipal; entre outros. Acresce-se o fato de que o grupo condutor não se dedicava exclusivamente às tarefas da CIPESC® Curitiba, mas acumulava funções decorrentes de seus lugares institucionais e profissionais.

Consideramos este movimento um verdadeiro “trabalho coletivo”. Muitas mãos foram envolvidas no processo de idas e vindas num efetivo aprender, discutir e construir. Contradições foram surgindo, foram sendo superadas e apresentaram-se novas para serem suplantadas: isso é processo de transformação da prática e produção de conhecimento. Conhecimento este, que no paradigma emergente, referido por Santos (1997, p.47), se constitui total, porém local, pois, é construído “em redor de temas que em dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vidas locais”.

Temos consciência que demos um pequeno passo diante da grande tarefa de transformação de paradigmas do modelo assistencial ao qual o projeto CIPESC se refere. Nossa proposta e produto ainda têm forte direcionamento ao corpo individual e a grupos de patologias ou risco: fruto da articulação dialética entre as dimensões estrutural, particular e singular de nossa realidade. Provavelmente a face coletiva de nosso trabalho será desvelada a cada nova aproximação ao nosso objeto e no decorrer das discussões com o grupo de enfermeiros, potencializada com a inclusão de diagnósticos de enfermagem direcionados para a assistência à saúde da família.

Entretanto ousamos ponderar que este processo vem proporcionando significativos reflexos que resultarão, sem dúvida, na valoração do trabalho da enfermagem, oferecendo visibilidade a suas atividades e conseqüentemente um aumento da qualidade da assistência prestada a comunidade.

Este livro está dividido didaticamente em duas partes. A primeira contém textos que nos remetem a uma história sobre os sistemas de classificação; visita às bases teóricas que embasam a CIPESC® e os caminhos percorridos pelo grupo construtor curitibano. A segunda parte apresenta a Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem da Rede Básica de Saúde do Município de Curitiba.

Acreditamos que a leitura será fecunda e convidamos todos a “Cipescar” conosco!!!

## REFERÊNCIAS

CIANCIARULLO, T. I. O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.15-28.

CLARK, D. J. How nurses can participate in the development of ICNP. **Int. Nurs. Rev.** v. 43, n. 6, p. 171-4, 1996.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. **Directrices para la presentación de denominaciones a la Clasificación Internacional de la Profesión de Enfermería (CIPE)**. Ginebra: CIE. 1994. p.2-9.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **CIPE/ICNP® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Beta**. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2000.

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Projeto CIPESC–CIE/ABEn: inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Idéia; ABEN; 2000. p.83-170.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; SOUSA, M. C. M. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE®. **Rev. Bras. de Enferm.** v. 55, n. 1, p. 52-63. 2001.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de Enfermagem instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999.

NÓBREGA, M. M. L., GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE – Versão Alfa**. João Pessoa: Idéia, 2000.

SANTOS, B. V. **Um discurso sobre as ciências**. 9ª ed. Lisboa: Afrontamento. 1997. p.47.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 29-39.

## TERMINOLOGIAS EM ENFERMAGEM: DESENVOLVIMENTO E PERSPECTIVAS DE INCORPORAÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Telma Ribeiro Garcia

A expressão terminologia é utilizada em muitas disciplinas, mas segundo a literatura não existe entre as mesmas um consenso do seu significado, apesar de ter sido definida pela *International Organization for Standardization* – ISO (Organização Internacional de Normalização), “como qualquer atividade relacionada com a sistematização e representação de conceitos ou apresentação de termos baseados em princípios e métodos estabelecidos e ainda como um conjunto de termos que constituem um sistema de conceitos de uma determinada área” (DIAS, 2000).

De acordo com Cabré (1995), a terminologia pode ser vista em três acepções: como disciplina, como prática e como produto dessa prática. Como disciplina a terminologia se ocupa dos termos especializados; como prática é entendida como o conjunto de diretrizes ou princípios que regem a recompilação dos termos; e como produto gerado da prática se define como o conjunto de termos de uma matéria especializada.

Para Andrade (2001), a terminologia é, antes de tudo, um estudo dos conceitos e dos sistemas conceptuais que descrevem cada matéria especializada. O trabalho terminológico consiste em representar esse campo conceptual e estabelecer as denominações precisas que garantam uma comunicação profissional rigorosa. Para a referida autora “...as linguagens se caracterizam pelo emprego da terminologia que representa a estrutura conceptual de determinada matéria, enquanto os termos denominam conceitos da rede estruturada da matéria em questão” (p.193). Afirma também que a diferença fundamental entre um texto da língua geral e outro de uma linguagem especializada encontrar-se no uso dos termos específicos de determinada área, o que lhe confere o caráter de especificidade.

O uso da terminologia tem sido considerado como necessário e imprescindível no mundo moderno, tanto nas relações, na transmissão de

informações, quanto nas comunicações científicas, tecnológicas e profissionais. O uso de um termo específico em uma disciplina técnico-científica pressupõe o conhecimento do papel e lugar desse termo em um sistema estruturado, configurando uma linguagem ou terminologia especializada (ANDRADE, 2001). Para a mencionada autora os especialistas usam a linguagem especializada para realizar a expressão e comunicação entre os profissionais. Quando se faz uso de uma terminologia adequada à compreensão de um texto especializado fica facilitada, mesmo que seja feita por indivíduos que não dominam completamente o idioma usado. Desta forma, os indivíduos tanto podem interpretar os conceitos diferentemente, como podem usar o mesmo termo para referir a pontos diferentes. Por este motivo, se faz necessário à normalização terminológica para permitir a uniformidade do significado e do uso científico e ao mesmo tempo o alcance da eficácia desejada da comunicação.

A terminologia da Enfermagem tem sido definida como o universo dos termos escritos e suas definições, que são usados com o propósito de indexar e classificar uma variedade de dados de enfermagem em prontuários clínicos, em sistemas de enfermagem, na literatura especializada e em relatórios de pesquisa, os quais estão representados por seus termos clínicos, sendo parte integrante e essencial do contexto teórico e prático da profissão (HENRY et al., 1995).

A elaboração de sistemas de classificação da linguagem da Enfermagem pressupõe, de modo implícito ou explícito, que os profissionais e ocupacionais da equipe de enfermagem constituem um grupo sócio-profissional que, em seu ambiente de trabalho, utiliza um vocabulário técnico particular, a que se pode denominar linguagem especial da Enfermagem; os termos da linguagem especial da Enfermagem se deixam reunir em grupos estruturados de tal modo que cada um fica ali definido pelo lugar que ocupa respectivamente à posição dos demais, formando redes de termos para classificação da prática profissional; os termos empregados pelos elementos de um grupo profissional devem transmitir a todos o mesmo significado (NÓBREGA; GARCIA, 2000).

Uma linguagem especial, sob o ponto de vista lingüístico, constitui uma modalidade de expressão de determinado grupo, em face de um interesse comum ou

de um fim comum, como o de nomear objetos ou atividades pertinentes a uma profissão (ALDRIGUE, 1986). Para a referida autora são denominadas de linguagens técnicas, as quais compreendem as entidades léxicas que designam os movimentos, os processos, os objetos (quer como objetos do conhecer, quer como instrumentos ou produtos) da prática de um grupo específico, ou seja, incorpora todos os conceitos, abstratos ou concretos, implicados em uma determinada atividade profissional.

Um dos motivos que tem dificultado o desenvolvimento da Enfermagem como ciência é a falta de uma linguagem universal que estabeleça a definição e descrição da sua prática profissional. A falta dessa linguagem universal não é um fato comprovado, recentemente, na profissão. Questões, como: qual o conhecimento específico da Enfermagem, quais os seus conceitos, quais os seus significados, e, principalmente, qual a utilização desses conceitos na prática, são fáceis de se identificar na literatura de enfermagem. Algumas alternativas foram utilizadas pela Enfermagem para responder esses questionamentos. Entre essas alternativas, pode-se citar: o início da produção dos modelos conceituais de enfermagem, a partir da década de 1950, num esforço para identificar conceitos específicos da profissão; o desenvolvimento de pesquisas em enfermagem, a partir da década de 1960, principalmente, relacionadas com o desenvolvimento de conceitos; a introdução do processo de enfermagem, inicialmente nos Estados Unidos, na década de 1970, e, posteriormente, em todo o mundo, como um modelo operacional para a prática de Enfermagem, por meio do qual as enfermeiras tomam suas decisões clínicas (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Considera-se necessário reconhecer que a compreensão acerca do processo de enfermagem, assim como sua adoção deliberada na prática profissional, ainda não é unanimidade no âmbito da Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2002). Para Gordon (2002, citada por GARCIA, NÓBREGA; CARVALHO, 2004), um fator chave para a transição ocorrida no modo de pensar, de falar e de atuar na profissão foi à decisão que se tomou nos anos de 1970, no sentido de se desenvolver sistemas de classificação dos conceitos da linguagem profissional relacionados com os diagnósticos de enfermagem e, posteriormente, com as intervenções e com os resultados de enfermagem.

É necessário reconhecer que a utilização de sistemas de classificação, além de estabelecer padrões de cuidados, que podem ser utilizados em qualquer parte do mundo, permite uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, por meio da sistematização, registro e quantificação do que os componentes da equipe de enfermagem produzem.

### **Sistemas de Classificação na Enfermagem**

Na Enfermagem conta-se com um certo número de sistemas de classificação desenvolvidos relacionados com algumas das fases do processo de enfermagem. Esses sistemas de classificação que foram desenvolvidos possibilitam a documentação de enfermagem de acordo com as etapas do Processo de Enfermagem, para os elementos da prática de enfermagem: diagnóstico de enfermagem (fenômenos), intervenção (ações) e resultados. Entre os sistemas de classificação desenvolvidos na Enfermagem, os mais utilizados e conhecidos são: a Taxonomia da NANDA Internacional, a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC, a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC, o Sistema OMAHA, a Classificação dos Cuidados Clínicos de Saba - CCC (*Clinical Care Classification*) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE.

### **Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional**

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA é um dos mais divulgados e aplicados no âmbito mundial. A história de sua construção inicia-se em 1973, quando a primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem foi realizada nos Estados Unidos. Essa conferência teve como propósito iniciar um diálogo entre enfermeiras docentes e assistenciais sobre a possibilidade de padronização de uma nomenclatura que pudesse descrever as situações ou condições que eram diagnosticadas e tratadas na prática profissional de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A Taxonomia I da NANDA, iniciada em 1973, foi constituída pela estrutura teórica – os Padrões de Respostas Humanas (Trocar, Comunicar, Relacionar,

Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir) – que orientou a classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem. Essa Taxonomia permaneceu organizada nessa estrutura por 16 anos, durante os quais vários diagnósticos foram acrescentados e outros revisados a cada conferência bienal. Entre as pessoas que se dedicavam ao estudo e à aplicação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, no entanto, havia uma certa insatisfação com o princípio organizador da taxonomia – os Padrões de Respostas Humanas – que não parecia ser útil do ponto de vista da prática assistencial, além de dificultar a classificação de novos diagnósticos. Era preciso, também, adaptar a taxonomia às atuais convenções de manuseio de terminologia entre bases de dados relacionados e desenvolver uma estrutura mais eficiente para sua inclusão em prontuários eletrônicos (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Em 2000, durante a 14<sup>a</sup> Conferência da NANDA, um novo sistema taxonômico foi apresentado aos participantes e, em 2001, foi publicada a Taxonomia II (NANDA, 2003), a qual se caracteriza por ser multiaxial e por organizar, a partir de 13 domínios (Promoção da saúde, Nutrição, Eliminação, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Autopercepção, Relacionamentos de papel, Sexualidade, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Princípios de vida, Segurança/proteção, Conforto e Crescimento/desenvolvimento), 46 classes, 93 conceitos diagnósticos e 167 diagnósticos de enfermagem aprovados até o momento. A Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando substancialmente, dessa maneira, a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar mais facilmente acréscimos e modificações em sua estrutura. Aperfeiçoar e legitimar as categorias diagnósticas já incluídas nessa taxonomia, aumentando a capacidade de generalização e de predição de seus atributos; e identificar e propor novas categorias diagnósticas que pertençam ao domínio da Enfermagem são metas para as quais devemos voltar nossos esforços profissionais.

### **Classificação de Saúde Comunitária de Omaha**

A Classificação de Omaha é um sistema estruturado para documentar a prática interdisciplinar em ambientes comunitários. Esta Classificação oferece um

método para organizar, identificar e denominar o que é de interesse da Enfermagem na prática em ambientes comunitários e compreende três esquemas de classificação: esquema de classificação de problemas, esquema de intervenções e a escala de avaliação dos resultados (OPAS, 2001). O esquema de classificação de problemas é um marco para os problemas centrados no paciente, na família e na comunidade, para os quais podem ser necessárias intervenções de enfermagem. É uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem que pode ser usada por enfermeiras que atuam na comunidade, por outros profissionais de saúde, supervisores e administradores. Esse esquema é composto por uma estrutura de problemas que enfoca o cliente, fornecendo um método para coleta, classificação, documentação e análise dos dados, ou seja, é um sistema de enfermagem direcionado para o atendimento do cliente, baseado no processo de enfermagem. O esquema de intervenções de enfermagem é um modelo sistematizado das atividades de enfermagem, organizado em três níveis: categorias – representa o resultado final da coleta dos dados do paciente, metas – descreve um plano de intervenções de enfermagem, informações específicas para o cliente – parte detalhada do plano ou das intervenções. O esquema de avaliação dos resultados usa cinco pontos de uma escala tipo *Likert*, em três níveis hierárquicos distintos para medir o progresso do cliente com relação aos problemas/diagnósticos identificados pela enfermeira, no que diz respeito ao conhecimento, ao comportamento e ao estado de saúde do paciente (OPAS, 2001).

### **Classificação dos Cuidados Clínicos**

Esta classificação foi desenvolvida, nos Estados Unidos, por Saba e colaboradores, como parte de um projeto de Cuidados Domiciliares da Universidade de *Georgetown*, para codificação e categorização dos cuidados domiciliares de saúde prestados aos pacientes que usavam o *Medicare*, objetivando prover, tanto as necessidades de enfermagem e outros serviços domiciliares, quanto à mensuração dos resultados obtidos. Consiste de cinco níveis de taxonomias para o cuidado domiciliar, estruturados para descrever, classificar e codificar a prática de enfermagem. Em sua organização há 20 componentes (conceitos), que representam quatro diferentes padrões de cuidado do paciente: comportamento de saúde

funcional, fisiológico e psicológico, que formam uma estrutura de códigos para o levantamento de dados, diagnósticos, intervenções e resultados esperados. O último nível fornece um mapeamento estratégico para descrever a prática de enfermagem. Esse sistema tem três esquemas de classificação: os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados, utilizando como estrutura teórica os 20 componentes do cuidado domiciliar em saúde (SABA, 1997).

### **Classificação das Intervenções de Enfermagem**

O sistema denominado *Nursing Interventions Classification* – NIC teve início em 1987, por um grupo de pesquisadoras do Centro para Classificação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, Estados Unidos. A NIC nomeia e descreve intervenções que os profissionais de enfermagem executam na prática clínica em resposta a um diagnóstico de enfermagem que foi estabelecido. Nessa classificação, a intervenção de enfermagem é definida como *qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínico, que a(o) enfermeira(o) desempenha para melhorar os resultados do paciente/cliente* (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004). É um sistema útil para documentação clínica; para comunicação acerca do cuidado realizado, quer entre profissionais ou quer entre os diversos setores que o paciente percorre durante a atenção à saúde; para agregação de informações em pesquisas e em bases de dados relacionados; para avaliar a produtividade em termos da relação custo-benefício da intervenção de enfermagem; e para inclusão nos currículos de formação de profissionais de enfermagem.

A estrutura taxonômica da NIC é constituída por três níveis. O primeiro, considerado o mais abstrato, é representado por 7 domínios: Fisiológico-básico, Fisiológico-complexo, Comportamento, Segurança, Família, Sistema de Saúde, Comunidade. O segundo nível é representado por 30 classes, organizadas dentro dos domínios. O terceiro nível é constituído pelas 486 intervenções de enfermagem (433 na segunda edição e 336 na primeira), agrupadas de acordo com as classes e os domínios (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

As intervenções de enfermagem incluídas na NIC são constituídas pelos seguintes elementos: título, definição e atividades. Cada intervenção apresenta uma

lista de atividades propostas, que descrevem as ações profissionais ao executar a intervenção de enfermagem. Até o momento, há mais de 12.000 atividades distribuídas entre as 486 intervenções de enfermagem incluídas na NIC. O título e a definição, por constituírem uma linguagem padronizada, não podem ser mudados, a não ser por meio de um processo formal de revisão; as atividades podem ser modificadas de acordo com a necessidade de uma situação particular do paciente, proporcionando a individualização do cuidado (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

### **Classificação dos Resultados de Enfermagem**

O sistema *Nursing Outcomes Classification* – NOC vem sendo desenvolvido, desde 1991, por um grupo de pesquisadoras do Centro para Classificação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, Estados Unidos. Esse sistema é uma classificação, que abrange e padroniza os resultados da clientela (indivíduo, família ou comunidade) que são influenciados pela execução de intervenções de enfermagem, tanto as do campo de ação independente quanto à do campo de ação interdependente. Os resultados descrevem o estado, os comportamentos e percepções ou sentimentos do cliente em resposta ao cuidado que lhe foi prestado. Como é sabido, além das intervenções de enfermagem, há outras variáveis que influenciam o resultado alcançado pelo paciente no processo de atenção à saúde, a exemplo das ações de outros profissionais, de variáveis organizacionais e ambientais, das circunstâncias específicas do paciente, entre outras possíveis. No caso da NOC, a tarefa é definir que resultados do paciente respondem ao cuidado de enfermagem. Entendidos dessa forma, os resultados alcançados pelo paciente servem como critério para julgar o sucesso de uma intervenção de enfermagem em momentos específicos do processo de cuidado (JOHNSON *et al.*, 2004).

A NOC inclui uma lista de 260 resultados (247 relacionados ao indivíduo, 7 à família e 6 à comunidade) agrupados em 29 classes e em 7 domínios – Saúde Funcional; Saúde Fisiológica; Saúde Psicossocial; Conhecimento e Comportamento de Saúde; Saúde Percebida; Saúde da Família; Saúde da Comunidade. Na NOC, cada resultado tem um título, uma definição, uma lista de indicadores objetivos e

subjetivos, além de uma escala tipo *Likert*, de cinco pontos, para avaliar o estado, os comportamentos e percepções ou sentimentos do cliente, em momentos específicos. De acordo com Johnson et al. (2004), ao selecionar um resultado deve-se levar em consideração os seguintes fatores: as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem que foi estabelecido; as características do paciente que podem afetar o alcance dos resultados; os resultados geralmente associados com o diagnóstico de enfermagem e as preferências do paciente.

### **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®**

A CIPE® é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e, conseqüentemente, prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde e, ao mesmo tempo, que promovam mudanças na prática de enfermagem através da educação, administração e pesquisa (CIE, 2003). A necessidade do desenvolvimento desse sistema de classificação internacional foi apresentada ao CIE durante a realização do Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul – Coréia. As justificativas para a elaboração desse projeto foram vinculadas, principalmente, à falta de um sistema de classificação da linguagem da profissão, necessário para que a Enfermagem possa contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, no gerenciamento de custos, na informatização dos serviços de saúde, e no controle de seu próprio trabalho.

Antes da construção da CIPE® foram realizados um levantamento na literatura da área e uma pesquisa junto às associações membros do CIE, para identificar, em âmbito internacional, os sistemas de classificação usados na Enfermagem. Os resultados obtidos nesse projeto piloto identificaram classificações desenvolvidas na Austrália, Bélgica, Dinamarca, Suécia e Estados Unidos. A constatação da existência desses vários sistemas comprovou que a Enfermagem, nas diversas regiões e países do mundo, usava sistemas de classificação para descrever os elementos da prática e valorizavam a idéia do desenvolvimento de um sistema de classificação que representasse a Enfermagem mundial (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Em dezembro de 1996, o CIE publicou a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: Um Marco Unificador*, contendo a Classificação

dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem, com o objetivo de estimular comentários, observações, críticas e recomendações de melhoramento e, assim, iniciar um processo de realimentação com vistas ao seu aprimoramento (ICN, 1996). Essa versão foi traduzida para diversas línguas, inclusive para o português do Brasil. Na evolução, foi construída a Versão Beta, divulgada em julho de 1999, durante as comemorações dos 100 anos do CIE. Em janeiro de 2002, o CIE divulgou a Versão Beta 2.

Os objetivos iniciais da CIPE<sup>®</sup>, estabelecidos pelo CIE e delineados na Versão Alfa, foram revistos durante a elaboração da Versão Beta e da Versão Beta 2. Esses objetivos, que continuam a direcionar os pressupostos do Programa CIPE<sup>®</sup>, são: estabelecer uma linguagem comum para a prática de enfermagem; representar os conceitos usados na prática; descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) no âmbito mundial; possibilitar a comparação de dados de enfermagem entre populações de clientes, em ambientes, áreas geográficas e tempos diversos; estimular a pesquisa por meio da vinculação de dados disponíveis em sistemas de informação de enfermagem e de saúde; propiciar dados sobre a prática, de modo a influenciar a educação em enfermagem e políticas de saúde; projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, a provisão de tratamentos de enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de enfermagem (CIE, 2003).

O foco central da CIPE<sup>®</sup> é a prática de enfermagem, descrita como um processo dinâmico sujeito a mudanças. Os componentes principais são os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem. A grande mudança ocorrida da versão Alfa para a versão Beta da CIPE<sup>®</sup> foi o enfoque multiaxial. Esse enfoque permite combinações dos conceitos dos distintos eixos, proporcionando maior solidez à classificação e diversificando a expressão de seus conceitos.

Na CIPE<sup>®</sup> a Classificação de Fenômenos de Enfermagem é uma classificação multiaxial, constituída por oito eixos, assim denominados: Foco da prática de enfermagem, Julgamento, Frequência, Duração, Topologia, Localização, Probabilidade e Portador. Nesta classificação *fenômeno de enfermagem* é definido como “aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem”; e, *diagnóstico de*

*enfermagem*, como um “título dado pela enfermeira para uma decisão sobre um fenômeno, que é foco das intervenções de enfermagem” (CIE, 2000). O diagnóstico de enfermagem é construído a partir dos conceitos contidos nos oito eixos da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem da CIPE®. A Classificação de Ações de Enfermagem é também uma classificação multiaxial, constituída por oito eixos, denominados de: Tipo de ação, Alvo, Método, Tempo, Topologia, Localidade, Via e Beneficiário. Nessa classificação o termo *ação de enfermagem* foi definido como “o desempenho das enfermeiras na prática assistencial”, e a *intervenção de enfermagem* como “a ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, para produzir um resultado de enfermagem” (ICN, 2002). Na CIPE® *resultado de enfermagem* é definido como “a mensuração ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos específicos de tempo, após a execução de uma intervenção de enfermagem” (ICN, 2002).

A CIPE® foi iniciada a partir da reunião de todos os sistemas de classificação de enfermagem existentes, mas, não incorporava termos relacionados com a atenção primária nem com a prática de enfermagem em serviços comunitários de saúde, havendo, portanto, a necessidade de se identificar e incluir termos associados a esse campo da prática. Partindo dessa constatação, o CIE constituiu dois grupos de trabalho, com finalidades distintas: um para se dedicar a receber sugestões e aprimorar a arquitetura taxonômica da CIPE® e outro, cujos objetivos eram: elaborar e divulgar processos para identificação de termos que pudessem ser usados pelos enfermeiros de qualquer país, a fim de evidenciar a linguagem de enfermagem em cuidados primários e em serviços comunitários de saúde; identificar e garantir a incorporação desses termos na CIPE®; estabelecer mecanismos, no âmbito dos países participantes, que possibilitassem, após o término do projeto, a continuidade de contribuição para a CIPE®, com termos relacionados com cuidados primários e com serviços comunitários de saúde dos países envolvidos, na necessidade de se incluir dados relacionados com a prática de enfermagem, nos sistemas de informação em saúde (GARCIA, NÓBREGA, SOUSA, 2003).

A Enfermagem brasileira participa desse projeto desde 1994, a partir da presença de cinco enfermeiras brasileiras, representando a Associação Brasileira de

Enfermagem – ABEn, em *Tlaxcala* – México, numa reunião consultiva sobre a elaboração de instrumentos para facilitar a identificação dos elementos da prática de enfermagem, que apóie os sistemas comunitários e a atenção primária à saúde. O Brasil se fez representar, também, na reunião realizada em *Los Angeles* – Estados Unidos, em fevereiro de 1995, quando se discutiu uma proposta para o desenvolvimento de projetos nacionais no Brasil, Chile, Colômbia e México, países que integrariam o projeto internacional da classificação para a prática de enfermagem. A partir dos compromissos assumidos nessas duas reuniões, a ABEn realizou, durante o I Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa, em Salvador – BA, em abril de 1995, uma reunião sobre a Classificação da Prática de Enfermagem, com a finalidade de se elaborar o protocolo para o projeto de investigação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil. Em novembro de 1995, o CIE recomendou a realização de uma reunião, no Brasil, coordenada pela Fundação W. K. Kellog – Fundação co-responsável pelo apoio financeiro ao projeto – contando com representantes dos países da América Latina, objetivando delinear o projeto de classificação para a prática de enfermagem, que seria desenvolvido nesses países (NÓBREGA, 2002).

### **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®**

Sob a orientação do CIE, e contando também com o auxílio financeiro da Fundação F. W. Kellog, a ABEn, através das Diretorias de Assuntos Profissionais e do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – CEPEn, elaborou e desenvolveu o projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, com a intenção de revelar a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, visando à construção de um sistema de classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva (ANTUNES, 2001; ABEn, 1996).

O Projeto CIPESC foi desenvolvido de 1996 a 2000, com o objetivo geral de contribuir para a transformação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil, tendo como referência os pressupostos da reforma sanitária brasileira, os

perfis de saúde-doença da população e a inscrição constitutiva da Enfermagem no processo de produção em saúde. Os propósitos centrais do projeto foram: estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país; revisitar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no país, contextualizada no processo de produção em saúde; construir um sistema de informações da prática de enfermagem em saúde coletiva que permita sua classificação, troca de experiências e interlocução em nível nacional e internacional (ANTUNES, 1997; ABEn, 1996).

Em síntese, o Projeto CIPESC tratava de três questões centrais: investigação sobre a prática da enfermagem; reflexão sobre o trabalho, do ponto de vista dos partícipes; construção de um sistema de informações que permitisse dar visibilidade às ações da enfermagem no âmbito nacional e internacional (ABEn, 1996). Na sua execução, considerou-se a dimensão continental do país, sua diversidade sócio-econômica e cultural e seu acesso geográfico, definindo-se 15 cenários de pesquisa, representantes de todas as regiões do país, para a operacionalização das atividades, que foram desenvolvidas em duas etapas. Na primeira, foram coletados dados para a caracterização dos cenários e da força de trabalho de enfermagem, que foram submetidos à análise estatística e editados pela ABEn Nacional na publicação “A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva” (CHIANCA; ANTUNES, 1999). Na segunda etapa, foram coletados dados acerca das práticas dos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Nessa etapa, foram empregadas as técnicas de grupo focal e a entrevista semi-estruturada, perfazendo, nos 15 cenários, 90 grupos focais, contando com a participação de 720 componentes da equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários (ANTUNES, 2001). Os dados desta segunda fase da pesquisa foram submetidos a uma análise qualitativa e resultaram em duas vertentes de resultados: 1) a produção de um inventário vocabular de enfermagem em saúde coletiva, a partir da identificação de termos relacionados a fenômenos e a ações de enfermagem; e 2) a caracterização do processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva no Brasil, e

editados pela ABEn Nacional na publicação “Sistema de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo” (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

A metodologia empregada para a produção de um inventário vocabular de enfermagem em saúde coletiva é compatível com o objetivo do CIE que é o de desenvolver um sistema de classificação dos componentes da prática de enfermagem (fenômenos, ações e resultados), de modo a sistematizar uma linguagem específica que descreva essa prática – a CIPE®. Esse vocabulário é compatível também com a abordagem empregada pelo CIE, no desenvolvimento da CIPE®, em que foram utilizadas categorias lingüísticas como a estrutura básica, a partir da qual os fenômenos e ações de enfermagem foram organizados (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Os objetivos do desenvolvimento do inventário vocabular foram: contribuir para a confirmação de termos já identificados e/ou para a identificação de novos termos que pudessem expandir a CIPE®, com os objetivos específicos de identificar os termos empregados no Brasil, no campo da saúde coletiva, que caracterizam a linguagem especial da enfermagem; analisar e categorizar os termos identificados, a partir dos campos semânticos de fenômenos e ações de enfermagem propostos na CIPE® Versão Beta; comparar os resultados obtidos com os sistemas de classificação de fenômenos e ações da CIPE® Versão Beta, para a identificação de termos nela incluídos e não incluídos (GARCIA, NÓBREGA, 2000).

O inventário vocabular do Projeto CIPESC foi desenvolvido, utilizando-se, como referencial, a estrutura de eixos proposta na CIPE® Versão Beta. Os resultados desse inventário vocabular levaram a identificação de 542 fenômenos de enfermagem, com 331 classificados no eixo *foco da prática de enfermagem* da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE® Versão Beta, dos quais 152 eram termos já incluídos e 179 eram termos não incluídos nessa classificação e de 3.479 ações de enfermagem, distribuídas em dois grupos: ações de enfermagem realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem e ações executadas a partir de outras funções assumidas por componentes da equipe de enfermagem de unidades básicas de saúde (GARCIA, NÓBREGA, 2000).

Na caracterização do processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva no Brasil foram depreendidas 502 frases temáticas ligadas ao processo de trabalho da

enfermagem que estão sendo decodificadas em trabalhos acadêmicos de Programas de Pós-Graduação em Escolas de Enfermagem do país, como a da USP em São Paulo. (**O - Objeto:** Oi -Objeto individual, Og - Objeto grupal, Oc - Objeto coletivo; **I – Instrumentos:** IPTA- Instrumento do processo de trabalho assistencial, IPTg - Instrumento do processo de trabalho gerencial, IPTE - Instrumento do processo de trabalho de ensino; **M – Meios; F – Finalidades; Saber Instrumental** – saber que rege o Instrumento no processo de trabalho; **Saber Ideológico** – ideologia que rege o processo de trabalho como todo). As frases temáticas depreendidas ilustram a necessidade de ampliar a reflexão do trabalho da enfermagem enquanto prática social junto aos enfermeiros de saúde pública do país. Apontam para a intensa transformação que vem ocorrendo, a partir da implantação da Reforma Sanitária brasileira, nos processos de trabalho extra-hospitalares, especialmente nas unidades de saúde, onde a Enfermagem tem conseguido avançar nos princípios da integralidade da atenção à saúde (EGRY et al., 2000). A análise sumária deste banco de frases demonstra que o trabalho de enfermagem, em especial da enfermeira, tem se dado em grande proximidade com as pessoas, com suas famílias e com as comunidades, caracterizando, portanto, uma prática de repercussão social.

Foram muitos os resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto CIPESC, muitos dos quais não esperados no projeto original. Entre esses resultados podemos citar o interesse das Escolas de Graduação em Enfermagem, nas publicações do projeto, que estão sendo utilizadas como bibliografia básica; a tradução da CIPE® Versão Alfa para o português do Brasil; consolidação de um grupo interinstitucional (escolas de enfermagem e serviços de saúde pública) que vem desenvolvendo o projeto e ampliando as discussões sobre o trabalho da enfermagem em saúde coletiva em vários cenários; interesse dos enfermeiros das instituições envolvidas em criar um espaço de discussão sobre sua prática de trabalho, articulados pela ABEn; a integração das universidades com serviços de saúde, pesquisadores e alunos; participação dos gestores de saúde nas discussões do trabalho da enfermagem em saúde coletiva.

Desde o término do projeto CIPESC, em 2000, até setembro 2005, muitos trabalhos já foram ou estão sendo desenvolvidos utilizando os resultados do CIPESC,

os quais resultaram em publicações de artigos, teses e dissertações de mestrado, apresentações em eventos, e experiências de utilização dos resultados do CIPESC (ANTUNES, 2001; GARCIA; NÓBREGA; SOUSA, 2002; NÓBREGA, 2002; SANTOS, 2002; NÓBREGA; GARCIA, 2002; SOUSA, 2003, entre outros).

Dentre os trabalhos que vem sendo desenvolvidos utilizando os resultados do CIPESC merece destaque o projeto de Implantação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Curitiba, Paraná (SOARES et al., 2003), o qual será relatado nos próximos capítulos deste livro.

### **Perspectivas de incorporação das Terminologias de enfermagem na prática profissional**

Pode-se afirmar, a partir do que foi apresentado, que a linguagem profissional da Enfermagem ressenete-se de uma uniformidade que descreva a sua prática e, conseqüentemente, seus elementos. Para Clark e Lang (1992), sem uma linguagem compartilhada que expresse esses elementos, não se pode descrever a prática de enfermagem de maneira que se possa compará-la nos diversos contextos clínicos, nas populações de clientes, zonas geográficas ou no tempo. Também, não se pode identificar a contribuição particular do enfermeiro na equipe de saúde, nem descrever as diferenças entre a prática do enfermeiro e a dos demais membros da equipe de enfermagem.

Para Marin (2000) é ainda um desafio construir um vocabulário que padronize os termos clínicos para uso na prática diária e que atenda a critérios, como, validade, especificidade, recuperação de dados e facilidade de comunicação. Para a referida autora um vocabulário clínico deve ser simples de se entender, fácil de se codificar e intuitivo aos profissionais de saúde. E aponta como um dos grandes obstáculos no desenvolvimento de sistemas clínicos na área de saúde à falta de vocabulário comum que possa atender às necessidades dos profissionais em termos de documentação do cuidado prestado e que possa servir de base para a análise do custo e benefício desse cuidado e para a representação dessa informação para a saúde da população.

Com o desenvolvimento dos múltiplos sistemas de classificação em enfermagem, tornou-se necessário desenvolver um modelo de referência a ser considerado como uma base comum para o registro (MARIM, 2000). A proposta de um Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem, foi uma iniciativa empreendida por um grupo de peritos dentro do grupo de funcionamento técnico do Comitê de Informática em Saúde, sob a liderança colaborativa da Associação Internacional de Informática Médica - Grupo de Interesse Especial dos Cuidados (IMIA-IMIA-NI) e do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). Esta norma foi aprovada pelo ISO em 2003, como ISO 18104: *Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para cuidados de Enfermagem*. Uma das finalidades principais dessa ISO proposta, é acomodar as várias terminologia e classificações dos cuidados usadas, como por exemplo a CIPE<sup>®</sup>.

Os usos potenciais para este modelo de terminologia de referência são: apoiar a definição intencional dos conceitos de diagnósticos e de ações de enfermagem; facilitar a representação dos conceitos de diagnósticos e de ações de enfermagem e dos seus relacionamentos de uma maneira apropriada para ser utilizada no de computador; fornecer uma estrutura para a geração de expressões compostas dos conceitos atômicos dentro de uma terminologia da referência; facilitar o mapeamento cruzado entre os conceitos de ações e de diagnósticos de enfermagem dos conceitos das várias terminologias existentes, incluindo as desenvolvidas como terminologias da relação e as classificações estatísticas; permitir a avaliação sistemática das terminologias e de modelos associados da terminologia para finalidades de harmonização; fornecer uma língua para descrever a estrutura dos conceitos dos diagnósticos e das ações de enfermagem, a fim permitir a integração apropriada com modelos de informação (SABA et al., 2003).

O Modelo de Terminologia de Referência para Diagnósticos de Enfermagem inclui dois conceitos requeridos: Foco e julgamento. O Modelo da Terminologia de Referência para as Ações de Enfermagem inclui um termo da ação e um termo do alvo. Os dois Modelos – Diagnósticos e Ações de enfermagem – oferecem os meios para mapear as terminologias de enfermagem existentes no mundo usando uma estrutura padrão comum. A etapa seguinte será executar e utilizar os dois modelos

na prática e, com isso, espera-se, de uma forma mais abrangente, a incorporação das terminologias de enfermagem na prática profissional.

## **REFERÊNCIAS**

ALDRIGUE, A. C. S. **A linguagem do seringueiro no estado do Acre.** 1986. Dissertação (Mestrado) - Centro de Artes e Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

ANDRADE, M. M. **Lexicologia, Terminologia: definições, finalidades, conceitos operacionais.** Campo Grande: UFMS, 2001.

ANTUNES, M. J. M. Apresentação. In: CRUZ, D. A. M. L. et al. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras - Versão alfa.** Brasília (DF): ABEn; 1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

ANTUNES, M. J. M. **O trabalho da gerência na rede básica do Sistema Único de Saúde – SUS: a contribuição da enfermagem brasileira no Universo da Classificação Internacional da prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC.** [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Projeto de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil.** Brasília (DF): ABEn; 1996. 22 p.

CABRÉ, M. T. La Terminología hoy: concepciones, tendencias y aplicaciones. **Ciência da Informação.** v. 24, n. 3, p.289-98. 1995.

CHIANCA, T. C. M., ANTUNES, M. J. M. **A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC.** Brasília (DF): ABEn; 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS)

CLARK, J.; LANG, N. Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice. **Int. Nurs. Review**, v. 39, n. 4, p. 109-112, 1992.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE Beta 2**. São Paulo: CENFOBS/UNIFESP, 2003.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para prática de enfermagem (CIPE/ICNP)**. Tradução Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa: Gráfica 2000, 2000. 201p. /Título original: ICNP® - International Classification for Nursing Practice - Beta/

DIAS, C. A. Terminologia: conceitos e aplicações. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 29, n. 1, p. 90-92, jan./abr. 2000.

EGRY, E. Y. et al. O processo de trabalho da enfermagem na Rede Básica do SUS. In: GARCIA, T. R., NÓBREGA, M. M. L. (orgs). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: ABEn/Idéia; 2000.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS et al. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: realidade, questões, soluções - Série Atualização em Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 37-63

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2000, Recife - Olinda, PE. **Enfermagem 2000: Crescendo na diversidade. Anais**. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem, 2002. v. 1, p. 231-243

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem:

aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 3, n. 2, 2004 [online] Disponível: [www.uff.br/nepae/objn302garciatal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn302garciatal.htm).

GARCIA, T. R., NÓBREGA, M. M. L. Projeto CIPESC/ABEn/CIE: Inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva. In: GARCIA, T. R., NÓBREGA, M. M. L. (orgs). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: ABEn/Idéia; 2000. p. 83-170.

GARCIA, T. R., NÓBREGA, M. M. L., SOUSA, M. C. M. Validação das definições de termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo Foco da prática de enfermagem da CIPE. **Rev. Bras. Enferm**; v. 55, n. 1, p.52-63. 2002.

HENRY, S. B. et al. A comparison of Nursing Intervention Classification in HIV disease. In: GRESNES, R. A.; PETERSON, H.; PROTTI, D. (Eds.) **Proceedings of MedInfo95**, Amsterdam: North-Holland, 1995.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP - International Classification for Nursing Practice - Beta**. Geneva, Switzerland: ICN, 2002.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The International Classification for Nursing Practice: A Unifying Framework - The Alpha Version**. Geneva: ICN, 1996.

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

MARIM, H. F. Vocabulário: recurso para construção de base de dados de Enfermagem. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v.13, n.1, p.86-89, 2000.

McCLOSKEY, J. C.; BULECHECK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1089p.

NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é Projeto do CIE. **Nursing Edição Brasileira**. v. 51, p.12-14, 2002.

NÓBREGA, M. M. L. **Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE – Versão Alfa**. 2000. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Adaptação transcultural dos termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE. **Rev. Bras. Enferm;** Brasília, DF, v. 55, n. 6, p. 623-643, 2002.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. **Linguagem Especial da Enfermagem e a Prática Profissional**. João Pessoa, 2000. (mimeo)

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE**. João Pessoa: Idéia, 2000.136p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Nursing diagnoses: definitions and classification, 2002-2003**. Philadelphia: Author, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería**. Washington, D.C.: OPAS, 2001. 160p.

SABA, V. et al. Nursing language – terminology models for nurses by the steering committee for ISO/FDIS 18104. **ISO Bulletin**. Sep., p. 16-18, 2003.

SABA, V. K. The Innovative Home Health Care Classification (HHCC) System. In: RANTZ, M. J., LeMONE, P. **Classification of Nursing Diagnoses - Proceedings of the Twelfth Conference**, North American Nursing Diagnosis Association. California: CINAHL Information Systems. 1997. p.13-15.

**SANTOS, S. J. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC/ABEn/ICN e utilizadas pelos enfermeiros no cuidado de pacientes com AIDS. 2002. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Saúde Pública). Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.**

**SOARES, E. F. et al. Implantação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC no prontuário eletrônico da SMS Curitiba. Curitiba, 2003. (mimeo).**

**SOUSA, M. C. M. Análise da utilização de termos atribuídos a fenômenos de enfermagem identificados no Projeto CIPESC-CIE/ABEn. 2003. 156f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.**

## BASES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS E PEDAGÓGICAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Emiko Yoshikawa Egry

Marcia Regina Cubas

O trabalho da enfermagem moderna, na enorme gama de ações construídas desde sua gênese, permanece invisível, decorrente, entre outras causas, da inexistência de dados que expressem claramente – no coletivo e no individual – os Objetos de trabalho com os quais se defronta.

Albergando esta preocupação, sustentada na necessidade real de apreender as distintas práticas de enfermagem em saúde coletiva no cenário brasileiro, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) constituiu, em 1996, o Projeto de **Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil – CIPESC**. O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), em 1991, havia deflagrado um processo de estabelecimento de um sistema de comunicação (local, regional e internacional), a partir de nomenclaturas específicas que dessem conta de descrever as mais distintas práticas da enfermagem no mundo (ANTUNES et al., 1996).

O projeto CIPESC teve como objetivo geral contribuir para a transformação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil, tendo por referência os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira, os perfis de saúde-doença da população e a inscrição constitutiva da enfermagem no processo de produção de saúde. Apoiando-se na premissa de que todo o conhecimento verdadeiramente impactante para a prática deva existir e ser produzido num contexto de compartilhamento e reflexão conjunta do saber, o seu desenvolvimento levou em conta tanto o processo quanto o produto, principalmente no que se referia à qualificação e requalificação da força de trabalho em enfermagem., privilegiando-se, neste caso, o saber instrumental (ANTUNES et al., 1996).

Os propósitos centrais do projeto conforme o Manual dos Pesquisadores (ABEn, 1997) foram:

- A. Estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no País;
- B. Revisitar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no País, contextualizadas no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde;
- C. Construir um sistema de informação da prática de enfermagem em saúde coletiva que permita a sua classificação, troca de experiências e interlocução nos níveis nacional e internacional.

Nesse Manual verifica-se que o “marco teórico-metodológico adotado configurou as categorias analíticas - *momento investigativo* - e as categorias interpretativas - *momento interventivo*: **trabalho, força de trabalho, educação, modelo assistencial, enfermagem e perfis epidemiológicos** da população.” (ABEn, 1997).

Espelhando no Projeto CIPESC, o grupo condutor da implantação da Sistematização das Práticas de Enfermagem na Rede de Atenção Básica de Curitiba (PR), nas suas inúmeras discussões a respeito da operacionalização, tinha como preocupação maior evitar o distanciamento das linhas mestras estabelecidas no projeto CIPESC da ABEn Nacional. Assim, tornou-se imperativo utilizar um método ou processo de trabalho que visasse sistematizar uma prática com a obrigação do oferecimento de uma assistência com qualidade, diferenciada de outros domínios profissionais e que, esta sistematização, se estabelece como passo inicial da visibilidade e na avaliação concreta do trabalho da enfermagem na saúde coletiva (ANTUNES, 2000).

Agrega-se a isso a consciência do fato de existir uma prática profissional da enfermagem com extrema diversidade e que o processo saúde doença na dimensão coletiva, no Brasil, necessariamente deve possuir práticas assistenciais estruturadas em novos paradigmas, entre eles o próprio conceito de Saúde (EGRY et al., 1999).

A questão posta de: como estabelecer um processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde Coletiva sem desviá-lo dos princípios do Sistema Único de Saúde, dos conceitos envolvidos na sistematização oferecidos pela nossa formação profissional e das diretrizes do modelo assistencial estabelecido pela instituição, parecia mesmo missão impossível face às contradições a serem superadas

e a visualização de novas contradições, mas que ao serem admitidas tornaram passíveis de superação.

Tal como Projeto CIPESC as bases teóricas, metodológicas e pedagógicas foram explicitadas, pois:

...as transformações requeridas no âmbito das práticas de enfermagem demandadas por novos modelos assistenciais oriundos da implantação do SUS reforçam a necessidade de compreensão crítica dos marcos teóricos-conceituais que regem o trabalho em saúde. (...) Os conceitos de saúde pública, atenção primária e saúde coletiva atualizam as formas de nomenclatura, mas guardam distinções muito mais profundas que precisam ser desveladas. As diferenças, na sua essência, referem-se aos *paradigmas* adotados, melhor dizendo, às mudanças paradigmáticas decorrentes da introdução de novas maneiras de visualizar o mundo e, portanto, de conceber a sociedade, o trabalho, o ser humano, a saúde e a enfermagem, entre outros. (EGRY, 1999).

A compreensão marxiana de trabalho auxilia o repensar crítico acerca dos processos de trabalho em saúde, pois para Marx, o *trabalho* é uma atividade humana socialmente constituída, revestida de intencionalidade, de determinada consciência, que preside o processo da socialidade - onde o trabalho humano é guiado por necessidades suas e as dos outros grupos sociais -, e a historicidade, entendida como a dinâmica das transformações sociais determinadas pelas relações entre os seres humanos através de seus trabalhos (MARX,1994).

Assim como em outros processos de trabalho, o da enfermagem não é unívoco, no sentido da existência de um único Objeto demandando Finalidades, Meios e Instrumentos. Ao contrário, pode-se verificar distintos processos, os mais conhecidos são denominados: de assistir/cuidar, de gerenciar, de pesquisar, e de qualificar e re-qualificar a força de trabalho (EGRY, 2000).

Conforme Paim (1992) é necessário um esforço para reestruturar a atenção nas unidades de saúde de modo que, progressivamente, incorpore a base epidemiológica aos modelos assistenciais. Nessa perspectiva, o modelo assistencial coerente com as propostas da reforma sanitária deverá ser epidemiologicamente orientado, estruturando o atendimento com base nos perfis epidemiológicos dos grupos homogêneos da população.

A organização do processo de trabalho em enfermagem tem sido realizada dentro do modelo clínico de atenção. No domínio dos serviços básicos de saúde predominam as ações de caráter individual, biologizantes e fracionárias (ARAÚJO, 1992). As transformações requeridas, no âmbito das práticas de enfermagem demandadas por novos modelos assistenciais oriundos da implantação do SUS, reforçam a necessidade de compreensão crítica dos marcos teórico-conceituais que regem o trabalho em saúde.

Os conceitos de saúde pública, atenção primária e saúde coletiva atualizam as formas de nomenclatura, mas guardam distinções muito mais profundas que precisam ser desveladas. As diferenças, na sua essência, referem-se aos paradigmas adotados, melhor dizendo, às mudanças paradigmáticas decorrentes da introdução de novas maneiras de visualizar o mundo e, portanto, de conceber a sociedade, o trabalho, o ser humano, a saúde e a enfermagem, entre outros (EGRY, 1996).

A compreensão mais precisa do significado de saúde coletiva tem sido debatida, principalmente por pesquisadores em saúde da América Latina, como Breilh em 1995; Fleury em 1994; Rivera em 1992; Testa em 1992; Garcia em 1983; e Paim em 1992. Por **Saúde Coletiva** entende-se a concepção adotada por Breilh e Granda (1990), que a concebe como “um termo vinculado ao esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é objeto da ação, dos métodos para estudar esta realidade e das formas da *práxis* que se requerem.”

É nesta concepção, entendendo-a como *concepção-horizonte*, que a CIPESC® marcará os limites e as possibilidades oriundas do reexame das práticas de enfermagem em saúde coletiva operadas no Brasil, no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde.

A questão dos marcos conceituais e correspondentes visões de mundo que diferenciam a saúde coletiva da saúde pública já foram extensamente debatidos, o que necessariamente não significa que há dentro da enfermagem uma clareza acerca disso. Os estudos que estão sendo realizados no momento, principalmente o da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, vem mostrando que há um entendimento

ainda equivocado, na maioria das vezes, pelo desconhecimento dessas raízes teórico-filosóficas.

Assim, para lidar com os marcos teóricos, metodológicos e pedagógicos, a discussão acerca das categorias conceituais é imprescindível para a transformação de suas práticas, pois estas (categorias) devem ser vistas na perspectiva do saber-instrumental, fortemente articulado ao saber-ideológico (EGRY, 2004).

Dito de outro modo é preciso conhecer a *concepção dialética do processo saúde-doença*. Ao buscar a superação das limitações impostas pelo funcionalismo no que concerne à concepção de saúde-doença, e no marco do materialismo histórico e dialético, submerge a concepção dialética do processo saúde-doença, cujo entendimento se deu no nosso meio através da teoria da determinação social do processo saúde-doença (EGRY, 2004).

Os processos biopsicossociais (interação do nexa biopsíquico com as micros relações sociais) do indivíduo/coletivo encontram-se profundamente dependentes e sobredeterminadas pelas formas de vida (reprodução social) e formas de trabalho (produção social), por sua vez diferenciadas de acordo com a inserção no sistema produtivo através, primordialmente, das classes sociais. Resultantes destas interações, os riscos e as potencialidades em termos de saúde/doença emergem quer a nível dos indivíduos, quer dos grupos, porém sempre mediadas novamente por outras categorias sociais existentes tais como a de gênero, geração e etnia/raça.(EGRY, 1999a)

O quadro abaixo mostra resumidamente os temas de superação que se tornaram propulsores da discussão e do estabelecimento dos marcos teórico-metodológicos e pedagógicos do trabalho da CIPESC<sup>®</sup> em Curitiba:

**Quadro 1** - Superações projetadas para uma perspectiva crítica da enfermagem

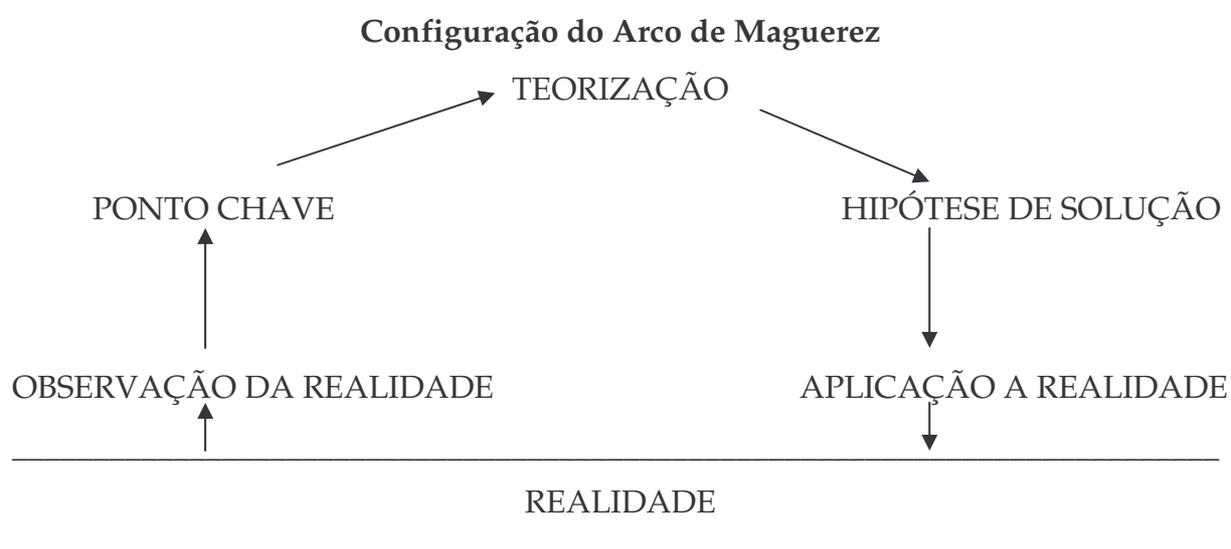
<b>Da visão de mundo <i>ideal</i></b>	<b>Para visão de mundo <i>real</i></b>
Dos conceitos ortodoxos sobre sociedade, homem/mulher, trabalho e enfermagem	Para conceitos dialetizados de sociedade, homem/mulher, trabalho e enfermagem
Da aproximação fragmentária do objeto e das práticas	Para uma percepção totalizadora dos objetos e das práticas e das teorias subjacentes
Das ações de enfermagem isoladas	Para reinserção no processo de produção em saúde

Das atividades segmentadas na composição do trabalho da enfermagem	Para reinserção no processo de trabalho
Da prática reiterativa	Para uma prática crítica

Fonte: Egry et al. (1999, p.38)

Dentro desta perspectiva de trabalho e, coerente com os marcos teórico-metodológicos acima, foi escolhida uma proposta pedagógica que tivesse aderência ideológica. Esta deveria conter elementos que propiciassem um processo ativo de busca pelo saber motivando os participantes da construção deste a uma reflexão crítica de sua realidade. A *Pedagogia da Problematização* foi escolhida, pois em suas bases admite que:

....o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno-participante e agente de transformação social para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas (BORDENAVE, 2002,p.10-20).



Fonte: Bordenave (2002)

O diagrama chamado de “método do arco” de Charles Maguerez propicia um processo de análise da realidade a partir da experiência pessoal ou coletiva, levando à problematização de questões que precisam ser dominadas no âmbito social usando

a realidade para aprender com ela e ao mesmo tempo ser capaz de propor ações para transformá-la.

O método propicia a aprendizagem através das “*sucessivas aproximações ao objeto de estudo*” e refere conseqüências associadas ao seu uso, tanto no nível individual como no coletivo. Dentre elas destacamos a cooperação entre os componentes do grupo, a superação de conflitos e a criação de tecnologias viáveis à sua realidade (BORDENAVE, 2002). Fatores estes que se constituem nos pressupostos da construção curitibana.

Definida a metodologia pedagógica esta faz uma ligação concreta com as Teorias de Enfermagem que ancoram nossa atenção, pretendendo com isso constituir ações de enfermagem pautadas em valores próprios (LEOPARDI, 1999).

As Teorias de Enfermagem podem ser consideradas como instrumento de trabalho da enfermeira e articulam-se com as diferentes dimensões da realidade em que a mesma é construída, elaborada e aplicada. Leopardi (1999, p.12) pondera que as teorias “*expõe as tendências das visões do processo-saúde doença e sobre a experiência de cuidado terapêutico*”, bem como seu conteúdo “*define determinada opção ideológica do autor*”.

Genericamente, as teorias de enfermagem podem ser classificadas, conforme quadro abaixo:

**Quadro 2** – Modos de classificação das teorias de enfermagem.

<b>MODOS DE CLASSIFICAÇÃO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM</b>	
<b>A partir da identificação do foco primário</b>	<b>A partir do papel que as enfermeiras desempenham na prática profissional</b>
Centrada no cliente	Orientada para as necessidades do cliente
Centrada no relacionamento entre o cliente e o meio ambiente	Orientada para o processo de interação enfermeira-cliente
Centrada na interação enfermeira-cliente	Orientadas para o resultado das ações de enfermagem
Centrada na terapêutica de enfermagem	

Adaptado de Garcia; Nóbrega, 2004 (citando Meleis,1991).

No entanto, a classificação ora citada é construída a partir do referencial que é sustentado pelo modelo biológico individual, tendo sempre como foco de identificação o ser humano que recebe o cuidado e o papel desempenhado pela enfermeira no cuidado a este ser. Portanto, esta forma de classificação não permite a inclusão de teorias que são construídas com o referencial da saúde coletiva que vê o ser humano/singular articulado com o grupo social/particular e com o seu espaço estrutural.

O grupo de sistematização da prática de enfermagem de Curitiba, ciente desta contradição, parte da Teoria de Wanda Horta, mas contorna a Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva com o objetivo de superar contradições do coletivo.

Por fim a metodologia retrospectiva, utilizada para efetivação das oficinas, partiu da descrição de situações que são enfrentadas no cotidiano profissional e, a partir destes relatos, identificou os fenômenos e intervenções que se estabelecem. A lógica de nossa construção foi pautada na discussão de quatro perguntas:

- Quais as necessidades presentes nos relatos do cotidiano?
- Qual foco da prática mais adequado para o atendimento destas necessidades?
- Quais os julgamentos e/ou probabilidades a serem utilizadas?
- A partir da composição do diagnóstico, quais as intervenções de enfermagem?

Em síntese, pode-se afirmar que a base teórico-metodológica foi ancorada nos princípios, categorias conceituais e categorias dimensionais da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC (EGRY, 1996). Para a operacionalização foi agregada a pedagogia problematizadora, que possibilitou a aproximação dos temas e conteúdos a serem desenvolvidos pelos enfermeiros da rede de atenção básica de Curitiba com a realidade cotidiana de suas práticas. Ademais, este pólo prático foi novamente revisto à luz dos marcos teóricos, suscitando um movimento que revelou a dimensão prática do processo de intervir na realidade de atenção institucionalizada no Município, tendo em conta o sistema classificatório das práticas de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. J. M. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Idéia; ABEn; 2000. p.9-18.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BORDENAVE, J. E. D. **Capacitação Pedagógica**. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2002.p.10-20. (mimeo).

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. São Paulo, Instituto de Saúde-ABRASCO, 1986. 215p.

CLARK, D.J. How nurses can participate in the development of ICNP. **Int. Nurs. Rev.** v. 43, n. 6, p.171-4, 1996.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. **Directrices para la presentación de denominaciones a la Clasificación Internacional de la Profesión de Enfermería (CIPE)**. Ginebra: CIE. 1994. p.2-9.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. **CIPE/ICNP® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Beta**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2000.

EGRY, E. Y. et al. Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: a experiência brasileira. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. **A Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC**. Brasília: ABEn (Série didática Enfermagem no SUS), 1999.p.34-45.

EGRY, E.Y. **As transformações nos processos de trabalho da enfermagem em saúde coletiva**: validando a nomenclatura dos Objetos e dos Instrumentos. Relatório CNPq 2004.

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Projeto CIPESC–CIE/ABEn: inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Idéia; ABEn; 2000. p.83-170.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Contribuição das teorias de enfermagem para construção do conhecimento da área. **Rer Bras. Enferm**, 57(2):228-32, 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; SOUSA, M. C. M. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE®. **Rev. Bras. Enferm.** v. 55, n. 1, p. 52-63, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de Enfermagem instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999.

MARX, K. Processo de trabalho e Processo de produzir mais valia. In: MARX, K. **O Capital**. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994. c.5, p.201-23.

NÓBREGA, M. M. L., GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE – Versão Alfa**. João Pessoa: Idéia, 2000.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. P.29-39. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

## CONSTRUÇÃO DA NOMENCLATURA DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM CURITIBA

Leda Maria Albuquerque

Simone Marie Perotta

Tânia Mara Rover Balmant

No momento em que se discute nas Instituições de Saúde do Brasil as práticas assistenciais das categorias profissionais, a enfermagem traz à tona sua singularidade. A divisão social do trabalho na enfermagem reflete a própria organização do processo de trabalho da profissão, que está intimamente relacionada às relações de produção da sociedade em que vivemos.

É sob a ótica da questão da organização do trabalho que a enfermagem vai sistematizando sua assistência, compondo as atribuições das categorias, respectivamente com as atribuições legais e técnicas da profissão.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em reflexão constante sobre o processo de trabalho vigente, instituiu vários instrumentos de sistematização da assistência voltados para a organização do processo de trabalho na enfermagem. A primeira iniciativa ocorreu na década de 1980, com a implantação do Manual do Auxiliar de Enfermagem, que trazia funções delegadas, aplicadas dentro do plano de saúde das Ações Integradas de Saúde - AIS.

Em 1999 foi implantado o Manual das Práticas de Enfermagem, que definia como atribuição do enfermeiro, dentre outras, a realização da consulta, utilizando processo de enfermagem, contemplando a prática do diagnóstico de enfermagem. Incluiu-se neste Manual alguns termos do foco da prática, com definições, constantes na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem – CIPE® – Versão Alfa (CURITIBA, 1999).

Os avanços das práticas em saúde coletiva, o aumento da complexidade das necessidades de saúde da comunidade e a consolidação das Unidades de Saúde como porta de entrada do sistema exigiram uma resposta mais ágil da informação

em saúde, tanto do ponto de vista da documentação - prontuário do usuário-, como do planejamento das ações em saúde.

Assim, a partir da decisão da Prefeitura Municipal de Curitiba de estruturar um grande projeto de informatização dos serviços públicos municipais, a Secretaria da Saúde, incluída neste projeto, inicia esta caminhada, partindo da “idéia da adoção de uma tecnologia de informática agregada a algum tipo de cartão personalizado...” (SCHNEIDER, et al., 2001, p. 45).

Os pressupostos básicos que ancoraram o projeto integral de informatização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, segundo Schneider et al (2001, p.46) foram:

- a) cadastramento integral da população;
- b) identificação da população cadastrada através de um cartão personalizado, ... como senha de acesso a um prontuário de saúde do seu portador;
- c) disponibilização do prontuário de saúde, em rede, a todas as unidades próprias da SMS, com perspectivas de integração com as demais unidades SUS...;
- d) captura, através do cadastramento da população e dos registros efetivados em seus prontuários, de informações de interesse da saúde e da administração... bases do planejamento e da tomada de decisão.

Seguindo estes pressupostos foi desenvolvido um protótipo do prontuário eletrônico “tomando por base, na forma e conteúdo, o modo ortodoxo de um prontuário médico geral” (SCHNEIDER et al., 2001, p.46). Estes autores afirmam que a arquitetura do sistema foi desenvolvida considerando o processo de trabalho de uma “unidade básica de saúde padrão”, contemplando os registros passíveis de serem realizados nessas unidades.

No entanto, o prontuário eletrônico inicia seu funcionamento sem contemplar campo específico para registro da consulta de enfermagem e, esta importante falha no sistema, foi percebida pelos enfermeiros que passaram a reivindicar a inclusão do referido campo.

Devido às inúmeras dificuldades sentidas pelo uso do prontuário eletrônico o Centro de Assistência à Saúde (setor que coordena o processo de informatização da SMS) promoveu uma agenda de revisão do sistema informatizado, com a participação de profissionais de diferentes Unidades de Saúde e Distritos Sanitários.

Momento vislumbrado como oportunidade de inclusão da consulta de enfermagem, até então, não contemplada no prontuário eletrônico.

O progresso conseguido neste momento foi a inclusão da consulta de enfermagem, com os campos de histórico da queixa atual/exame físico, e os demais campos recomendados pelo Ministério da Saúde que caracteriza o tipo de consulta (urgência, eletiva inicial, eletiva retorno) e a clientela (gestante, hipertenso, ...), além do campo de conclusão do atendimento.

Para a inclusão de diagnóstico de enfermagem o mesmo teria que estar previamente codificado e organizado em forma de tabela, então, se deixou para um próximo momento a seu acréscimo, tendo em vista a indefinição da linguagem a ser adotada.

A partir desta ocasião constituiu-se um grupo de enfermeiras interessadas em prosseguir a discussão e que assume a liderança deste processo, chamado de Grupo Condutor, articulando-se: com a ABEn-PR, com os gestores locais, com os demais enfermeiros da SMS e com Centros Formadores. Enfim, estabelecendo uma rede de desenvolvimento de uma proposta de ação para viabilização da implantação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no prontuário eletrônico da SMS.

O referido grupo passa a estudar e identifica na CIPESC<sup>®</sup> e na CIPE<sup>®</sup> - versão Beta a possibilidade de sustentação teórica para o desenvolvimento de uma nomenclatura de enfermagem pertinente à realidade de saúde dos munícipes e coerente com a organização do serviço da SMS de Curitiba.

Considerando que no Brasil ainda não havia nenhuma experiência de aplicação da CIPESC<sup>®</sup>, seu uso estava restrito a trabalhos acadêmicos, percebeu-se a grandiosidade do projeto e necessidade de consultoria especializada. Então, firmou-se contrato com a ABEn nacional e definiu-se como consultora técnica a Professora Doutora Maria Miriam Lima da Nóbrega, da Universidade Federal da Paraíba.

Este importante passo não teria sido possível sem a articulação com a Associação Brasileira de Enfermagem nacional e, especialmente, a seção Paraná, agregada à sensibilidade do gestor.

## **Processo de construção da Nomenclatura CIPESC® Curitiba**

Inicialmente, ao estudar a CIPE® –versão Beta - e a CIPESC®, pensou-se em deixar disponível no sistema informatizado os oito eixos de fenômenos de enfermagem e os oito eixos das ações de enfermagem, de maneira que o enfermeiro, no momento da consulta, a partir da coleta de dados, construísse o diagnóstico e as intervenções de enfermagem pertinentes.

Por um tempo esta linha de raciocínio foi perseguida, mas percebeu-se alguns inconvenientes: os enfermeiros, em sua maioria, desconheciam a estrutura conceitual da CIPE® para composição dos diagnósticos e intervenções, também desconheciam a produção da CIPESC®, além do insuficiente contato com o uso de nomenclatura diagnóstica durante seu processo de formação. Estes fatores levariam ao pouco uso pelo enfermeiro, ou a uma construção de diagnósticos e intervenções desrespeitando regras de estruturação destes. Ou ainda, a criação de diagnósticos e intervenções idênticas em seu significado, porém redigidas diferentemente, gerando duplicidade no banco de dados.

Em relação ao sistema, o fato de implantar todos os eixos, com possibilidades “abertas” para construção dos diagnósticos e intervenções tornariam o sistema muito lento; outro aspecto pertinente à informática seria a dificuldade de recuperação das informações (retirada de relatórios), tendo à vista que as mesmas estariam dispersas e não codificadas previamente.

Assim foi necessário construir estratégias de superação destes obstáculos. Neste momento a consultora da ABEn nacional teve um papel fundamental apontando o caminho: a construção prévia dos diagnósticos e intervenções, sua codificação e sua implantação no sistema informatizado. Para tanto, haveria que se observar rigor metodológico, o envolvimento de grande número de enfermeiros na construção, bem como a definição de áreas relevantes para início dos trabalhos.

Esta proposta foi apresentada, e aprovada, aos integrantes do Núcleo de Informática e aos enfermeiros (assistenciais e do corpo gerencial). Assim o trabalho prosseguiu com o envolvimento de mais enfermeiros, representantes dos diferentes Distritos Sanitários, com os quais foram realizadas oficinas para o balizamento

conceitual (Necessidades Humanas Básicas, estrutura da CIPE<sup>®</sup> -versão Beta, e familiaridade com a CIPESC<sup>®</sup>) e definição de áreas temáticas.

Para demarcação dos temas foram observados os aspectos da política institucional vigente e do trabalho já consolidado pelos enfermeiros na instituição, chegando-se à definição dos temas: Saúde da Mulher e Saúde da Criança.

Estabeleceu-se uma agenda de trabalho, com reuniões semanais, as quartas-feiras pela manhã na sede da ABEn-PR, o que possibilitou a construção da nomenclatura dos diagnósticos e intervenções.

O referencial teórico definido inicialmente para ancorar este trabalho foi a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta (1979).

Utilizando-se da metodologia retrospectiva (CLARK, 1996), ou seja, a partir da descrição de situações do cotidiano, identificaram-se os diagnósticos e as intervenções pertinentes. A lógica da construção seguiu os passos:

- Relatos de casos do cotidiano;
- Identificação das Necessidades Humanas presentes na situação relatada;
- Busca do Foco da Prática correspondente no material da CIPE<sup>®</sup> /CIPESC<sup>®</sup>;
- Utilização dos eixos de julgamento ou de probabilidade da CIPE<sup>®</sup>, e termos destes eixos constantes na CIPESC<sup>®</sup>;
- Uma vez composto o Diagnóstico de Enfermagem passava-se ao passo seguinte:
- O estabelecimento das intervenções de enfermagem pertinentes ao diagnóstico enunciado, utilizando a estrutura de eixos da CIPE<sup>®</sup> e a lista de ações da CIPESC<sup>®</sup>.

Paralelamente foi acontecendo o trabalho com a equipe de informática e, a partir das telas já existentes no sistema, estruturou-se a proposta atual, respeitando os seguintes pressupostos:

- a consulta de enfermagem é campo exclusivo do profissional enfermeiro;
- cada consulta pode ter até quatro diagnósticos de enfermagem;
- cada diagnóstico pode ter até 15 intervenções;
- as intervenções de responsabilidade de execução pelo usuário/família migram a uma tela específica cujo conteúdo é impresso e entregue ao usuário.

Discutiram-se ainda aspectos da entrada e saída de dados, os chamados *input* e *output*, ou seja, a codificação prévia, o registro no prontuário do usuário e a retirada de relatórios, possibilitando análises detalhadas de frequência de diagnóstico e de intervenção, perfil da clientela, cruzamento de diagnóstico *versus* intervenção, dentre outras.

Passadas estas etapas partiu-se para a implantação do tema Saúde da Mulher no prontuário eletrônico. Definiu-se o Distrito Sanitário Cajuru (um dos nove Distritos da Cidade) como piloto e, no mês de maio de 2004, iniciou o funcionamento. Não havendo maiores dificuldades na sua utilização, foi expandido para os demais Distritos no mês seguinte.

Na seqüência realizaram-se oficinas de avaliação com os enfermeiros nos Distritos onde se observou que os mesmos estavam utilizando a nomenclatura na consulta de enfermagem e já identificavam falhas a serem superadas, além de novos diagnósticos a serem acrescentados.

O trabalho prosseguiu e em junho de 2005 implantou-se o tema da Criança, já incorporando as modificações sugeridas pelos enfermeiros. Suplantando a organização por temas, neste momento (outubro/05), concluiu-se a revisão dos demais diagnósticos e os mesmos foram reorganizados por Necessidades Humanas Básicas, dispostos no capítulo seguinte deste livro.

A utilização do diagnóstico de enfermagem é um processo de trabalho relativamente novo para o enfermeiro e há uma insuficiência de diagnósticos implantados no sistema, estes fatos determinam, num primeiro momento, a não obrigatoriedade do preenchimento do campo CIPESC<sup>®</sup>, ou seja, o enfermeiro da Unidade de Saúde pode realizar consulta sem utilizar a linguagem CIPESC<sup>®</sup>.

## **A Arquitetura do Sistema Prontuário Eletrônico e o Diagnóstico de Enfermagem**

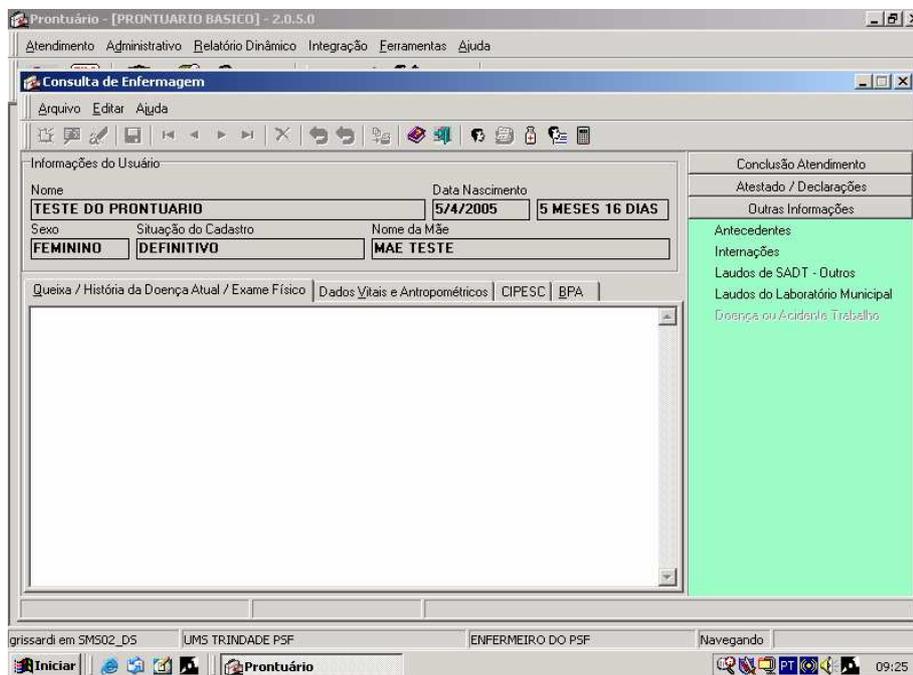
O sistema do Prontuário Eletrônico está desenvolvido em linguagem de programação *Delphi*, com banco de dados em *Sybase*, arquitetura Cliente - Servidor com base de dados centralizada e filosofia *real time* e *on line*.

Implantado nas Unidades de Saúde desde 1999, de acordo com Schneider, et al. (2001) o prontuário eletrônico foi concebido com o propósito de transformar-se em prontuário individual único e, estando as unidades de saúde interligadas, possibilitar o atendimento dos usuários em diferentes locais, com registro em seu prontuário, bem como, a busca de informações de atendimentos anteriores.

Todos os procedimentos realizados nas unidades são registrados pelos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde sendo que, cada qual possui senha própria com diferentes níveis de acesso e, para segurança e confiabilidade do sistema, nenhum profissional consegue apagar ou alterar qualquer dado após o seu registro (SCHNEIDER, et al., 2001).

O diagnóstico de enfermagem está inserido no prontuário eletrônico, no campo da consulta do enfermeiro, composto pelas seguintes telas:

1- Queixa/ História da Doença Atual/ Exame Físico - é um campo “memo”, com aproximadamente 720 caracteres, para descrição livre das informações coletadas a partir da observação, relato do usuário e exame físico.



2- Dados Vitais e Antropométricos - onde se registra os dados do momento da consulta;

Prontuário - [PRONTUARIO BASICO] - 2.0.5.0

Atendimento Administrativo Relatório Dinâmico Integração Ferramentas Ajuda

Consulta de Enfermagem

Arquivo Editar Ajuda

Informações do Usuário

Nome: **TESTE DO PRONTUARIO** Data Nascimento: **5/4/2005** **5 MESES 16 DIAS**

Sexo: **FEMININO** Situação do Cadastro: **DEFINITIVO** Nome da Mãe: **MAE TESTE**

Queixa / História da Doença Atual / Exame Físico | **Dados Vitais e Antropométricos** | CIPESC | BPA

Dados Vitais

Profissional Responsável: VASTI ZAMBUZZI

P.A.: 7 Pulso: Temperatura: 36,7 F.C.: F.R.:

Peso: 6,5 Altura: 0,58 Cintura: Massa Corporal: 19,3222 Estado Nutricional: Normal

Avaliação Enfermagem

Administrado antitérmico conforme protocolo

Conclusão Atendimento  
Atestado / Declarações  
Outras Informações

Antecedentes  
Internações  
Laudos de SADT - Outros  
Laudos do Laboratório Municipal  
Doença ou Acidente Trabalho

grissardi em SMS02\_DS UMS TRINDADE PSF ENFERMEIRO DO PSF Inserindo Inserido

09:36

3- Diagnóstico de Enfermagem - é composto por quatro linhas de diagnóstico, ou seja, a cada consulta é possível a seleção de até quatro diagnósticos, em ordem de escolha, do primeiro diagnóstico para o segundo e assim sucessivamente.

A escolha do diagnóstico segue uma arquitetura estilo árvore, que vai se abrindo à medida que o profissional enfermeiro seleciona os comandos, primeiro escolhe-se o tema, em seguida o sub tema, e para cada sub tema os respectivos diagnósticos. Após a seleção do diagnóstico abrem-se as intervenções de enfermagem correspondentes.

Prontuário - [PRONTUARIO BASICO] - 2.0.5.0

Atendimento Administrativo Relatório Dinâmico Integração Ferramentas Ajuda

Consulta de Enfermagem

Arquivo Ajuda

Informaçõ

Nome: **TESTE** Sexo: **FEMINI**

Queixa /

CIPESC

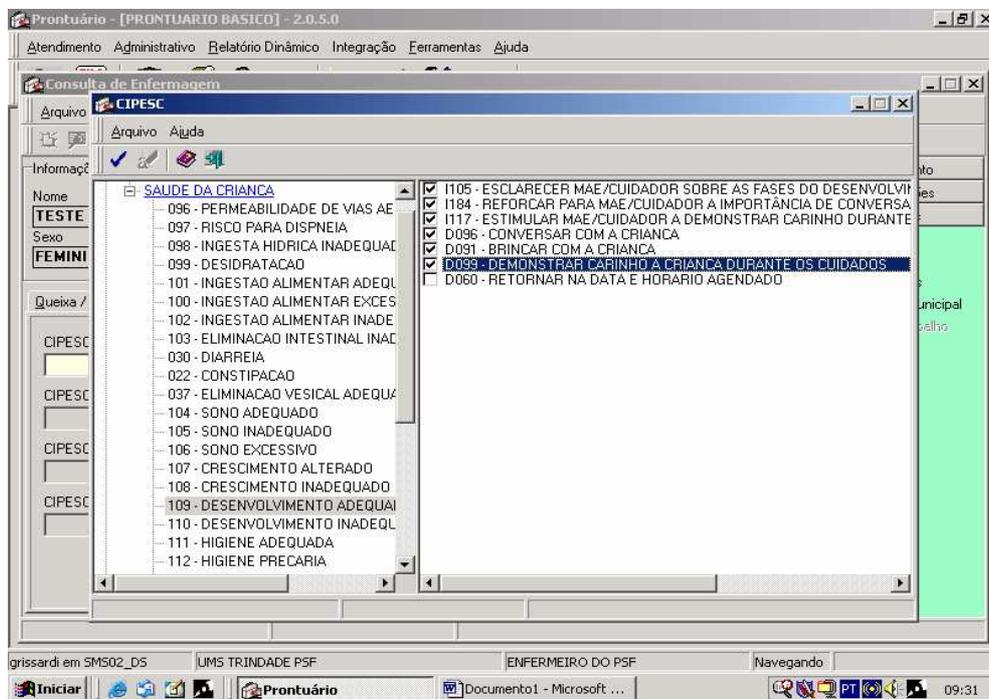
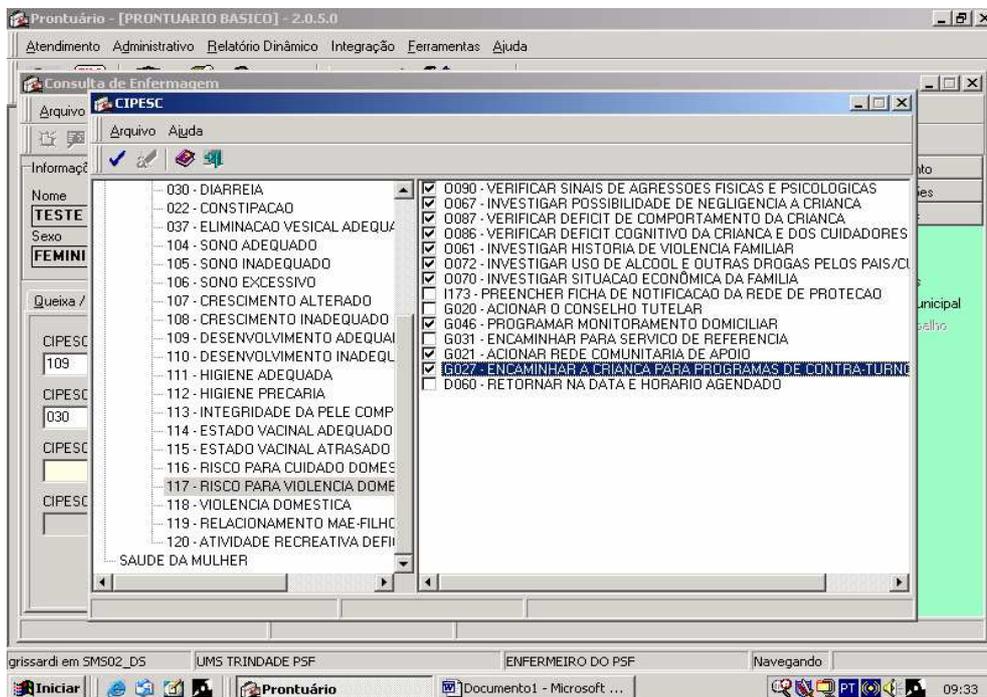
- SAÚDE DA CRIANÇA
  - SAÚDE DA CRIANÇA**
- SAÚDE DA MULHER
  - ATENÇÃO A MULHER VITIMA DE VIOLENCIA
  - PLANEJAMENTO FAMILIAR
  - PRE-NATAL E PUERPERIO
  - PREVENCAO AO CANCER DE MAMA E COL

to  
es  
S  
unicipal  
ralho

grissardi em SMS02\_DS UMS TRINDADE PSF ENFERMEIRO DO PSF Navegando

09:30

Para cada diagnóstico é obrigatório informar pelo menos uma intervenção podendo chegar até quinze intervenções.

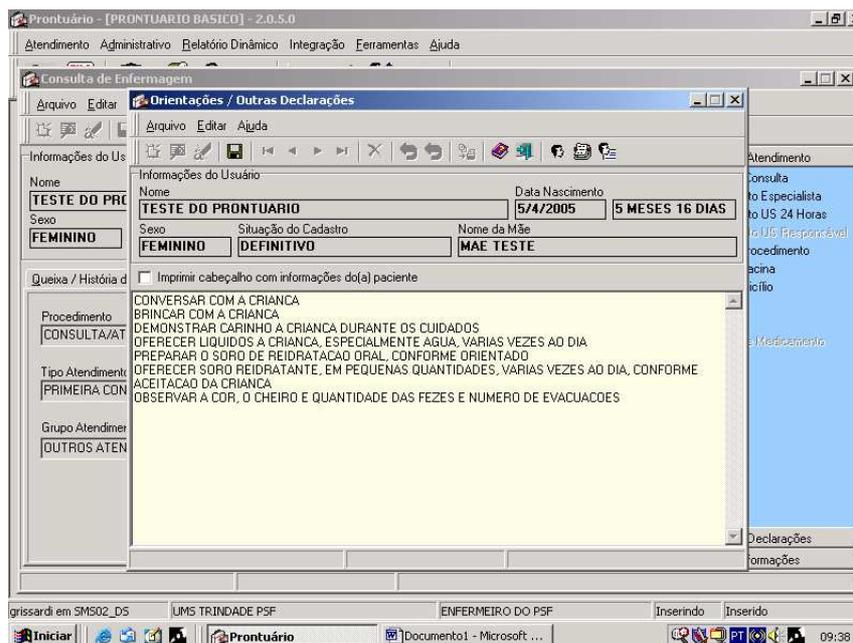


4- BPA – Boletim de Procedimentos Ambulatorial - nesta opção o enfermeiro seleciona o procedimento realizado, o tipo de atendimento e o grupo de atendimento, conforme tabela do Ministério da Saúde, para posterior apresentação de fatura.

Após o término da consulta de enfermagem, ao salvar, o profissional deve concluir o atendimento ao usuário, podendo selecionar: encaminhamento para especialidade básica (oftalmologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia), encaminhamento para atendimento em Unidade de Saúde 24 horas, indicação de vacina e indicação de procedimentos e, nos casos em que o usuário esteja inscrito em programa, fazer os registros específicos nas telas de programa ou a opção orientação.

5- Orientação - é um campo texto onde já aparecem as intervenções que foram selecionadas e que são de responsabilidade do usuário, sendo possível o acréscimo ou alterações de informações.

Em seguida, as orientações são impressas e entregues ao usuário, favorecendo sua responsabilidade pelo autocuidado.



O histórico do usuário armazena as informações acerca dos atendimentos realizados, por todos os profissionais, em qualquer uma das Unidades de Saúde, inclusive as consultas do enfermeiro com o diagnóstico de enfermagem e suas intervenções.

É possível a extração de relatórios das consultas de enfermagem, contendo: informações a respeito do número de consultas realizadas por profissional; por período; diagnósticos e intervenções selecionados; usuários por faixa etária; dentre outros. Atualmente a retirada destes relatórios está limitada à coordenação de enfermagem, estando em desenvolvimento os relatórios que estarão disponíveis nas Unidades de Saúde e Distritos Sanitários, favorecendo análise local do perfil das consultas realizadas pelos enfermeiros.

O processo de reflexão coletiva das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e construção da nomenclatura de enfermagem, com base CIPE® /CIPESC®, vivenciado na Secretaria Municipal da Saúde trouxe para a categoria uma excelente oportunidade de troca de experiências, propiciando campo de estudos, bem como, apropriação do seu instrumento de trabalho e produção de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

CLARK, D. J. How nurses can participate in the development of ICNP. **Int. Nurs. Rev.** v. 43, n. 6, p. 171-4, 1996.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de Práticas de Enfermagem: a saúde de braços abertos.** 1999, 76p.

GARCIA, T. R., NÓBREGA, M. M. L. (Orgs.). **Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho coletivo.** João Pessoa; ABEN; Idéia, 2000b. p. 83-170 (Série Didática: Enfermagem no SUS).

SCHNEIDER, A. L., MARGARIDA, A., DUCCI, L. Informatização dos Processos de Trabalho em Curitiba – A História do Cartão Qualidade- Saúde de Curitiba. In: DUCCI, L; PEDOTTI, M.A., SIMÃO, M. G.. MOYSÉS, S. J. **Curitiba a saúde de braços abertos.** Rio de Janeiro: CEBES; 2001. p.43-62.

## NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Lêda Maria Albuquerque

Marcia Regina Cubas

Soriane Kieski Martins

Transcorrido um ano de implementação e ampla utilização dos diagnósticos e intervenções no sistema informatizado foi possibilitado um processo contínuo de avaliação a partir:

- da análise dos relatórios produzidos,
- das sugestões enviadas pelos enfermeiros de campo,
- das oficinas de avaliação promovidas nos diferentes distritos,
- e do aprofundamento teórico do grupo condutor.

Este movimento mostrou a necessidade de um novo modelo/forma de disposição dos diagnósticos de enfermagem no sistema e que em breve comporá versão futura.

Seguindo a mesma lógica de árvore classificatória, em substituição aos temas, abrem-se as necessidades humanas, por três grandes grupos:

- Psicobiológicas,
- Psicossociais e
- Psicoespirituais.

Em seguida o enfermeiro seleciona a necessidade afetada ou enfocada, a exemplo: Necessidade de Oxigenação, Necessidade de Eliminação e assim sucessivamente. Para cada necessidade o profissional escolhe os respectivos diagnósticos de enfermagem e, para cada diagnóstico, as intervenções de enfermagem correspondentes.

A construção dos elementos constituintes da nomenclatura de enfermagem, até o presente momento foi coordenada, organizada e revisada pelas autoras deste

capítulo, com importante contribuição da assessoria da ABEn nacional e sucessivas aproximações com os enfermeiros que a utilizam.

Os enfermeiros que participaram desta tarefa coletiva, em maior ou menor escala, formam o grupo ampliado de Sistematização das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva da SMS. Seus nomes estão listados a seguir:

Alessandra Lopes dos Santos	Lourdes Mitiko Bancho Freitas
Alice Tomie Matsumoto Yoshizumi	Luiz Carlos Beira
Aline Bortolini	Luiz Cláudio Sobrinho do Nascimento
Ana Rotília Erzinger	Marcia Maura Culibaba
Byanca de Cássia Cardozo	Marcia Fátima Soares (in memoriam)
Carla Regina Batista Gradela	Maria Luiza Perez Arthur
Carmen Cristina Moura dos Santos	Maria Terumi Taruyama Kami
Claudia Portella Pinto	Marilda Krüger
Cristina Maria Alves Ferraz	Marisa Caetano Januário Wosch
Deisy Rodrigues Felício de Souza	Marta A. do E. Santo Tassinari
Elaine de Barros Lima L. de Souza	Naura Lúcia Sachet
Eliane Beatriz Fiorini	Nilcéia do Rocio Fonseca
Evelize Mayer Bera	Paula Graciela Bochkariov
Francimari Valério Mickosz	Pedro Satírio Pedroso
Helena M. O. Lemos Cardozo	Rosane Terezinha Zolet
Inês Cecília Deggerone Manassés	Vasti Zambuzzi
Joanita Stocco Zempulski	Vera Lucia Scurupa
Josiane Pedreira	Vera Lúcia da Silva
Juliana Hencke	Verenice Poletini Rosa
Kiyoko Oga Kimura	Viviane Mitie Hashmoro Hayshi

# NECESSIDADE PSICBIOLÓGICA

## 1 NECESSIDADE: Oxigenação

**1.1 Diagnóstico de enfermagem:** Respiração alterada em suspeito de tuberculose

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Beber 2 litros de água de água por dia	Usuário
Esclarecer sobre formas de transmissão da tuberculose	Enfermeiro
Estimular aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Investigar perda de peso e sudorese noturna	Enfermeiro
Investigar tosse: frequência e tipo de expectoração	Enfermeiro
Levantar a cabeceira da cama	Usuário
Manter as janelas da casa abertas	Usuário
Orientar coleta de escarro para exame	Enfermeiro
Orientar o usuário a proteger a boca com lenço ao tossir	Enfermeiro
Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado	Enfermeiro
Orientar repouso com a cabeceira elevada	Enfermeiro
Proteger a boca com um lenço quanto tossir	Usuário
Retornar em dia e horário agendados	Usuário
Solicitar BAAR	Enfermeiro

**1.2 Diagnóstico de enfermagem:** Respiração alterada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Beber 2 litros de água de água por dia	Usuário
Estimular aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Levantar a cabeceira da cama	Usuário
Manter as janelas da casa abertas	Usuário
Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado	Enfermeiro
Orientar repouso com a cabeceira elevada	Enfermeiro
Proteger a boca com um lenço quanto tossir	Usuário
Retornar em dia e horário agendados	Usuário

**1.3 Diagnóstico de enfermagem:** Risco para dispnéia no idoso

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar hidratação	Enfermeiro
Colocar o idoso na posição semi-sentado	Família
Evitar acúmulo de poeira e sujidade no ambiente	Família/Usuário
Utilizar panos úmidos para limpeza, evitando uso de vassouras	Família
Investigar condições de moradia	Enfermeiro

Investigar fatores desencadeantes da dificuldade de oxigenação	Enfermeiro
Investigar histórico de doenças respiratórias	Enfermeiro
Manter as janelas da casa abertas	Família/Usuário
Manter vias aéreas limpas	Usuário
Oferecer líquidos à vontade	Usuário/Família
Orientar ingestão hídrica	Enfermeiro
Orientar que durante a limpeza da casa o idoso esteja fora deste ambiente	Família
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Verificar temperatura corporal	Enfermeiro

#### 1.4 Diagnóstico de enfermagem: Risco para dispnéia na criança

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar hidratação	Enfermeiro
Investigar condições de moradia	Enfermeiro
Investigar fatores desencadeantes da dificuldade de oxigenação	Enfermeiro
Investigar histórico de doenças respiratórias	Enfermeiro
Manter as janelas da casa abertas	Família/Usuário
Orientar ingestão hídrica	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador a observar sinais e sintomas de piora do quadro: dificuldade de ingestão, cianose, gemência, prostração, febre	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador quanto à limpeza domiciliar	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador quanto à manutenção das vias aéreas limpas	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador quanto à presença de agentes desencadeadores do processo alérgicos como: brinquedos de pelúcia, roupas de lã, animais entre outros	Enfermeiro
Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Retornar para Unidade de Saúde se apresentar: febre, tosse e falta de ar	Usuário
Utilizar panos úmidos para limpeza, evitando uso de vassouras	Família/Usuário
Verificar temperatura corporal	Enfermeiro

#### 1.5 Diagnóstico de enfermagem: Permeabilidade de vias aéreas comprometida

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Levantar a cabeceira da cama	Usuário
Orientar mãe/cuidador sobre posicionar a criança em decúbito dorsal, levemente elevado	Enfermeiro
Manter as janelas da casa abertas	Usuário
Manter vias aéreas limpas	Usuário

Observar frequência respiratória, irritabilidade, palidez, cianose, obstrução nasal, entre outros	Enfermeiro
Oferecer líquidos à vontade	Usuário
Orientar mãe/cuidador quanto a manutenção das vias aéreas superiores limpas	Enfermeiro
Orientar exercícios físicos/respiratórios conforme a idade	Enfermeiro
Orientar ingestão hídrica	Enfermeiro
Orientar quanto à importância de ambiente arejado e ventilado	Enfermeiro
Retornar para Unidade de Saúde se apresentar: febre, tosse e falta de ar	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

## 2 **NECESSIDADE: Hidratação**

### 2.1 **Diagnóstico de enfermagem: Ingestão hídrica adequada**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Investigar ingestão hídrica	Enfermeiro
Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia	Usuário
Orientar o retorno à Unidade de Saúde em caso da presença de sinais de alerta para desidratação	Enfermeiro
Orientar ingestão hídrica	Enfermeiro
Retornar à Unidade de Saúde se apresentar: diarreia, vômito, pouca urina e diminuição das atividades	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 2.2 **Diagnóstico de enfermagem: Desidratação**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Agendar retorno	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Identificar o grau da desidratação	Enfermeiro
Investigar a causa da desidratação	Enfermeiro
Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia	Usuário
Oferecer o soro de reidratação oral, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, conforme aceitação	Usuário
Orientar a administração de Terapia de Reidratação Oral –TRO	Enfermeiro
Preparar o soro de reidratação oral conforme orientado	Usuário
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar líquidos várias vezes ao dia em pequena quantidade	Usuário
Tomar soro de reidratação oral, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia	Usuário

### 2.3 Diagnóstico de enfermagem: Edema decorrente de agressão

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo	Enfermeira
Aplicar compressa fria, nas primeiras 24 horas, conforme orientado	Usuário
Aplicar compressa quente após 24 horas, conforme orientado	Usuário
Esclarecer dúvidas da mulher quanto a presença do edema	Enfermeira
Estimular a confiança no atendimento prestado	Enfermeira
Executar ações de prevenção aos agravos decorrentes de violência à mulher	
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Retornar para Unidade de Saúde em caso piora do edema	Usuário

### 2.4 Diagnóstico de enfermagem: Edema postural de MMII no hipertenso/diabético

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar ingestão hídrica	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas do paciente/família	Enfermeiro
Evitar alimentos salgados	usuário
Investigar o edema e outras patologias de base familiar e /ou pessoal	Enfermeiro
Orientar atividade física	Enfermeiro
Orientar o uso de meias compressivas	Enfermeiro
Orientar quanto a alimentação	Enfermeiro
Orientar quanto uso dos medicamentos prescritos	Enfermeiro
Orientar retorno para controle de níveis pressóricos enquanto presença do edema	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Repousar sempre que possível mantendo as pernas elevadas	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Retornar para Unidade de Saúde caso piora do edema	Usuário
Tomar a medicação conforme prescrito	Usuário
Usar meia elástica	Usuário

### 2.5 Diagnóstico de enfermagem: Edema postural de MMII na gestante

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional	Enfermeiro
Elevar MMII várias vezes ao dia, conforme orientação	Usuário
Esclarecer dúvidas da mulher quanto à presença do edema	Enfermeiro

Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar	Enfermeiro
Investigar o tempo de aparecimento e características do edema	Enfermeiro
Observar melhora do edema com elevação das pernas	Usuário
Orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 3 NECESSIDADE: Nutrição

#### 3.1 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão Alimentar adequada do lactente

Intervenções	Responsável
Comparecer na Unidade de Saúde no dia agendado para o programa	Usuário
Dar mamadeira com a criança no colo em posição semi-sentada	Usuário
Enfatizar o aleitamento materno como alimento exclusivo até os seis meses de vida, sem oferecer água, chá ou outro alimento	Enfermeiro
Esclarecer mãe/cuidador que a alimentação da criança deverá ser variada e em quantidade suficiente para suprir as necessidades nutricionais compatíveis com a idade	Enfermeiro
Guardar sobra de leite em copo de vidro, tampado, na geladeira por até quatro horas	Usuário
Introduzir alimentação variada, conforme orientação	Usuário
Limpar a mamadeira, com água quente e sabão logo após seu uso, enxaguando bem	Usuário
Manter a alimentação de costume	Usuário
Monitorar o processo de crescimento/desenvolvimento	Enfermeiro
Observar sinais indicativos de que a criança está mamando de modo adequado, com posição confortável, boa pega, entre outros	Enfermeiro
Oferecer alimentos ao bebê, ricos em ferro, proteínas, vitaminas, como frutas e outros compatíveis a idade	Enfermeiro
Oferecer leite materno exclusivo até 6º mês de vida	Usuário
Preparar o leite seguindo as orientações da diluição	Usuário
Reforçar as orientações, se o aleitamento for artificial, quanto a limpeza da mamadeira, a quantidade e a diluição correta do leite, o horário, a conservação do leite e a posição do bebê.	Enfermeiro
Reforçar quanto aos tipos de alimentos à serem utilizados para o melhor crescimento e desenvolvimento da criança conforme a idade	Enfermeiro

#### 3.2 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão Alimentar adequada do adolescente

Intervenções	Responsável
Correlacionar peso/altura e massa corporal	Enfermeiro

Esclarecer o adolescente que sua alimentação deve ser variada em quantidade e qualidade	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares	Enfermeiro
Manter a alimentação de costume	Usuário
Oferecer folderes educativo sobre alimentação	Enfermeiro
Realizar orientações quanto a ingestão hídrica e alimentação balanceada	
Reforçar orientação da dieta alimentar e hídrica	Enfermeiro

### 3.3 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão Alimentar inadequada do lactente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Agendar retorno na carteirinha da criança	Enfermeiro
Encaminhar a criança para inscrição no Programa Bolsa Família	Enfermeiro
Evitar que a criança tenha acesso fácil a alimentos como salgadinhos, bolachas, doces e refrigerantes	Usuário
Inscrever a criança no Programa de Suplementação Alimentar	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares	Enfermeiro
Monitorar mensalmente peso e altura da criança no gráfico	Enfermeiro
Oferecer frutas e verduras para a criança	Usuário
Oferecer leite materno até dois anos	Usuário
Oferecer leite materno exclusivo até 6 <sup>o</sup> mês de vida	Usuário
Observar a técnica de amamentação	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador sobre a continuidade do aleitamento até os dois anos.	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador quanto a mudanças a serem implementadas nos hábitos alimentares da família/criança	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador sobre a importância do acompanhamento mensal na US	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 3.4 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão Alimentar inadequada do adolescente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Correlacionar peso/altura e massa corporal	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica se sobre peso, baixo peso, desnutrição	Enfermeiro
Encaminhar para odontologia	Enfermeiro
Esclarecer a importância de uma alimentação adequada para família e adolescente	Enfermeiro
Evitar líquidos durante a refeição	Usuário
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência	Enfermeiro

Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Estimular a ingestão hídrica	Enfermeiro
Evitar alimentar-se assistindo TV ou em frente do computador	Usuário
Evitar frituras, doces, massas em excesso, salgadinhos e embutidos	Usuário
Manter horário para as principais refeições: almoço e jantar	Usuário
Orientar dieta alimentar em quantidade, frequência e qualidade	Enfermeiro
Orientar sobre hábitos alimentares saudáveis	Enfermeiro
Participar das oficinas de adolescente	Usuário

### 3.5 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão Alimentar inadequada da gestante

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Alimentar – se pela manhã com frutas, leite e pães	Usuário
Avaliar estado nutricional da gestante	Enfermeiro
Comer alimentos variados em todas as refeições, principalmente verduras, grãos e carboidratos.	Usuário
Correlacionar o peso e altura com a idade gestacional	Enfermeiro
Encaminhar a gestante para oficinas educativas	Equipe
Encaminhar para consulta médica se sobre peso, baixo peso, desnutrição	Enfermeiro
Evitar líquidos durante a refeição	Usuário
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência	
Monitorar gráfico de peso e idade gestacional	Enfermeiro
Oferecer folder educativo quanto a ingestão nutricional na gravidez	Equipe
Procurar a U.S. ao apresentar salivação, náuseas e vômitos em excesso	Usuário
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Realizar acompanhamento dos hábitos alimentares através da visita domiciliar	Enfermeiro
Tomar água várias vezes ao dia	Usuário

### 3.6 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão Alimentar alterada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Comer em pequena quantidade, várias vezes ao dia	Usuário
Comer frutas e verduras	Usuário
Estimular a ingestão de frutas, verduras e fibras	Enfermeiro
Evitar alimentos gordurosos e frituras	Usuário
Investigar perda de peso	Enfermeiro
Orientar a adaptação da dieta ao modo de vida do paciente	Enfermeiro
Orientar a importância da dieta fracionada	Enfermeiro
Orientar a importância da diminuição de ingestão de alimentos	Enfermeiro

com grande teor de gorduras

### 3.7 Diagnóstico de enfermagem: Ingestão Alimentar excessiva

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Agendar retorno da criança	Enfermeiro
Estimular a criança a fazer uma atividade física, identificando o esporte de sua preferência	Usuário
Estimular o consumo de frutas e verduras	Enfermeiro
Evitar que a criança tenha acesso fácil a alimentos como salgadinhos, bolachas, doces e refrigerantes	Usuário
Investigar histórico alimentar familiar	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência	Enfermeiro
Manter horário para as principais refeições: almoço e jantar	Usuário
Monitorar mensalmente o peso da criança no gráfico	Enfermeiro
Oferecer frutas e verduras para a criança	Usuário
Orientar a mãe/cuidador a fornecer alimentação adequada para a idade da criança	Enfermeiro
Orientar a mãe/cuidador quanto a mudanças nos hábitos alimentares da família/criança	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador a estimular atividades físicas da criança	Enfermeiro
Parabenizar a criança e a mãe a cada etapa atingida: diminuição do peso, mudança de hábitos, entre outros	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 3.8 Diagnóstico de enfermagem: Desmame precoce do lactente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher a puérpera conforme suas necessidades	Enfermeiro
Amamentar em uma das mamas até esvaziá-la e em seguida oferecer a outra.	Usuário
Beber líquidos após e nos intervalos entre as mamadas, mínimo 2 copos	Usuário
Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Ensinar a ordenha mamaria	Enfermeiro
Envolver família/pessoa significativa nos cuidados	Enfermeiro
Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	Enfermeiro
Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno	Enfermeiro
Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e o uso de drogas	Usuário
Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Observar rachaduras, dor e endurecimento das mamas	Usuário
Orientar os cuidados com as mamas e mamilos conforme protocolo	Enfermeiro

Orientar sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a produção de leite	Enfermeiro
Oferecer o seio até esgotar, dar o outro seio. Na próxima mamada começar pelo último seio	Usuário

### 3.9 Diagnóstico de enfermagem: Amamentação adequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Amamentar exclusivamente até o 6º mês	Enfermeiro
Beber líquidos após e nos intervalos entre as mamadas, mínimo 2 copos	Usuário
Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	Enfermeiro
Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno	Enfermeiro
Fazer limpeza do bico do seio com o próprio leite antes e após cada mamada	Usuário
Observar a amamentação e a pega	Enfermeiro
Observar rachaduras, dor e endurecimento das mamas	Enfermeiro
Oferecer o seio até esgotar, dar o outro seio. Na próxima mamada começar pelo último seio	Usuário
Reforçar a importância da amamentação	Enfermeiro
Reforçar a orientação da gestante sobre a amamentação	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre os cuidados com as mamas e mamilos conforme protocolo	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a produção de leite	Enfermeiro

### 3.10 Diagnóstico de enfermagem: Amamentação inadequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Beber líquidos após e nos intervalos entre as mamadas, mínimo 2 copos	Usuário
Demonstrar técnica correta de amamentação	Enfermeiro
Encorajar a paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e dificuldades relacionadas à amamentação	Enfermeiro
Ensinar ordenha mamária	Enfermeiro
Esgotar manualmente as mamas	Usuário
Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	Enfermeiro
Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno	Enfermeiro
Expor mamilos aos raios solares: 15 minutos pela manhã até 10h00min horas, à tarde após 15h00min horas, ou lâmpada 40w um palmo de distância	Usuário
Fazer limpeza do bico do seio com o próprio leite antes e após cada mamada	Usuário
Monitorar o peso da criança	Enfermeiro
Observar a amamentação e a pega	Enfermeiro

Observar rachaduras, dor e endurecimento das mamas	Enfermeiro
Oferecer o leite esgotado ao bebê, com uma colher pequena ou copinho (de café)	Usuário
Oferecer o seio até esgotar, dar o outro seio. Na próxima mamada começar pelo último seio	Usuário
Orientar sobre os fatores que favorecem ou prejudicam a produção de leite	Enfermeiro

### 3.11 Diagnóstico de enfermagem: Sobrepeso

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar ganho ponderal da mulher em uso de contraceptivo oral	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Estimular auto-estima	Enfermeiro
Incentivar reeducação alimentar	Enfermeiro
Investigar comportamento emocional	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares	Enfermeiro
Investigar história familiar	Enfermeiro
Monitorar peso semanalmente	Enfermeiro
Mudar hábitos alimentares	Usuário
Orientar dieta alimentar	Enfermeiro
Orientar os riscos de saúde causados pela obesidade	Enfermeiro
Participar de oficinas de nutrição	Usuário
Praticar atividades físicas	Usuário
Verificar peso corporal mensalmente	Usuário

### 3.12 Diagnóstico de enfermagem: Emagrecimento

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar condições de moradia e ambiente familiar	Enfermeiro
Beber água no mínimo 2 litros por dia	Usuário
Comer frutas, vitaminas, sucos, farelo, aveia, leite	Usuário
Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades	Usuário
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Estimular o consumo de frutas e verduras	Enfermeiro
Evitar comer sozinho	Usuário
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares	Enfermeiro
Monitorar peso corporal	Enfermeiro
Orientar ingestão de alimentos adequados	Enfermeiro
Participar das atividades da Unidade de Saúde	Usuário
Preparar os alimentos dando uma boa aparência	Usuário
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Promover discussão sobre os determinantes do emagrecimento	Enfermeiro
Verificar a necessidade de suplementação alimentar	Enfermeiro

### 3.13 Diagnóstico de enfermagem: Desnutrição

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar condições de moradia e ambiente familiar	Enfermeiro
Beber água no mínimo 2 litros por dia	Usuário
Comer frutas, vitaminas, sucos, farelo, aveia, leite	Usuário
Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades	Usuário
Encaminhar para consulta médica	Usuário
Envolver a família no cuidado com a alimentação	Enfermeiro
Estimular o consumo de frutas e verduras	Enfermeiro
Identificar problemas relacionados a alimentação	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares	Enfermeiro
Monitorar peso corporal	Enfermeiro
Orientar ingestão de alimentos adequados	Enfermeiro
Preparar os alimentos dando uma boa aparência	Usuário
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Verificar a necessidade de suplementação alimentar	Enfermeiro

## 4 NECESSIDADE: *Eliminação*

### 4.1 Diagnóstico de enfermagem: Eliminação Intestinal adequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Beber em média 2 litros de água por dia	Usuário
Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo na gravidez e puerpério	Enfermeiro
Fazer higiene íntima da criança a cada evacuação	Usuário
Fazer higiene íntima do bebe a cada troca de fraldas, utilizando pano macio ou algodão e água morna	Usuário
Manter a alimentação oferecida à criança	Usuário
Realizar histórico alimentar da criança	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre a dieta alimentar em quantidade, frequência e qualidade	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre alimentação compatível com a idade	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre o aumento de ingestão de alimentos ricos em fibras, verduras, legumes e frutas	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre o aumento de ingestão de líquidos	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre os hábitos de higiene	Enfermeiro
Reforçar as orientações quanto a frequência e características das evacuações de acordo com a idade	Enfermeiro
Reforçar orientação sobre higiene íntima após evacuações	Enfermeiro

## 4.2 Diagnóstico de enfermagem: Diarréia

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Alimentar-se com dieta leve: sopa, batata cozida, maçã, arroz, evitando alimentos gordurosos e doces	Usuário
Avaliar grau de desidratação	Enfermeiro
Beber em média 2 litros de água por dia	Usuário
Correlacionar o número de evacuações, aspecto e odor das fezes ao relato do desconforto digestivo	Enfermeiro
Fazer higiene íntima a cada evacuação	Usuário
Fazer higiene íntima do bebe a cada troca de fraldas, utilizando pano macio ou algodão, e água morna	Usuário
Incentivar aumento da ingestão hídrica e do soro caseiro	Enfermeiro
Investigar casos de diarréia aguda	Enfermeiro
Investigar a frequência e características das eliminações	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares	Enfermeiro
Investigar uso de medicação	Enfermeiro
Lavar as mãos antes e depois do uso do sanitário	Usuário
Observar a cor, o cheiro e a quantidade das fezes e número de evacuações	Usuário
Oferecer líquidos, especialmente água, várias vezes ao dia	Usuário
Oferecer soro reidratante, em pequena quantidade, várias vezes ao dia, conforme aceitação	Usuário

## 4.3 Diagnóstico de enfermagem: Constipação

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Beber 2 litros de água por dia	Usuário
Comer mais verduras (folhas verdes), legumes, farelos, aveia, grãos	Usuário
Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo na gravidez e puerpério	Enfermeiro
Estimular aumento de ingestão de alimentos ricos em fibras, verduras, legumes e frutas	Enfermeiro
Incentivar aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Incentivar deambulação e caminhadas	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência	Enfermeiro
Investigar uso de medicação	Enfermeiro
Orientar dieta alimentar: quantidade, frequência e qualidade	Enfermeiro
Orientar hábitos de higiene	Enfermeiro
Orientar paciente sobre alimentação adequada	Enfermeiro
Orientar quanto as atividades físicas diárias	Enfermeiro
Promover discussão sobre os determinantes da constipação	Enfermeiro

#### 4.4 Diagnóstico de enfermagem: Eliminação Urinária adequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Colher urina conforme orientado	Usuário
Eliminar a urina sempre que sentir vontade	Usuário
Ensinar a criança a fazer cuidados de higiene pessoal	Enfermeiro
Estimular a mãe a ofertar líquidos à criança	Enfermeiro
Evitar o uso de talcos e cremes após a troca de fraldas	Enfermeiro
Fazer a higiene íntima do bebe após cada troca de fraldas, utilizando pano macio ou algodão e água morna	Usuário
Investigar a frequência e características das eliminações vesicais	Enfermeiro
Observar cor, quantidade ou alterações na urina	Enfermeiro
Oferecer líquidos à criança, especialmente água, várias vezes ao dia	Usuário
Orientar maneira correta para higiene íntima	Enfermeiro
Reforçar as orientações sobre higiene íntima	Enfermeiro
Reforçar orientações para beber 2 litros de água por dia	Enfermeiro
Reforçar orientações sobre a coleta de urina para exame laboratorial	Enfermeiro

#### 4.5 Diagnóstico de enfermagem: Eliminação Urinária inadequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Agendar consulta médica	Enfermeiro
Beber 2 litros de água de água por dia	Usuário
Colher urina conforme orientado	Usuário
Eliminar a urina sempre que sentir vontade	Usuário
Ensinar a criança a fazer cuidados de higiene pessoal	Usuário
Evitar o uso de talcos e cremes após a troca das fraldas	Usuário
Fazer higiene íntima do bebe a cada troca de fraldas, utilizando pano macio ou algodão e água morna	Usuário
Investigar a frequência e características das eliminações vesicais	Enfermeiro
Investigar hipertermia, irritabilidade, desconforto, dor, ardência ao urinar	Enfermeiro
Oferecer líquidos à criança, especialmente água, várias vezes ao dia	Usuário
Orientar coleta de urina para exame laboratorial	Enfermeiro
Orientar higiene íntima	Enfermeiro
Orientar ingestão hídrica	Enfermeiro
Realizar higiene íntima conforme orientação	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

#### 4.6 Diagnóstico de enfermagem: Eliminação Urinária comprometida

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
---------------------	--------------------

Estimular ingestão hídrica	Enfermeiro
Investigar a frequência das eliminações vesicais	Enfermeiro
Investigar desconforto, dor, ardência ao urinar	Enfermeiro
Observar cor, quantidade ou alteração na urina	Usuário
Orientar hábitos de higiene	Enfermeiro
Realizar higiene íntima conforme a orientação	Usuário

#### 4.7 Diagnóstico de enfermagem: Corrimento vaginal

##### Intervenções

Captar parceiro para tratamento	Enfermeiro
Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado	Enfermeiro
Indicar banho de assento	Enfermeiro
Investigar o tempo de aparecimento do corrimento	Enfermeiro
Orientar ingestão de alimentos	Enfermeiro
Orientar o controle do uso de medicação	Enfermeiro
Orientar o uso correto do preservativo	Enfermeiro
Orientar sobre higiene das genitálias	Enfermeiro
Realizar o exame preventivo de ca de colo uterino	Enfermeiro
Realizar banho de assento	Usuário

##### Responsável

## 5 NECESSIDADE: Sono e Repouso

### 5.1 Diagnóstico de enfermagem: Sono inadequado

##### Intervenções

Auxiliar a identificação dos determinantes da inadequação do sono	Enfermeiro
Avaliar o período e o histórico do sono individual e familiar	Enfermeiro
Buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir	Usuário
Colocar o bebê para dormir com o abdome para cima	Usuário
Relacionar as horas de sono e repouso com a idade da criança	Enfermeiro
Dar banho na criança antes de dormir	Usuário
Estimular a padronização de horários para atividades diárias e a realização de atividade física	Enfermeiro
Evitar o uso de computadores, vídeos games e assistir televisão próximos ao horário de dormir	Usuário
Manter a cabeça do bebê descoberta enquanto dorme	Usuário
Massagear a criança após o banho	Usuário
Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador dar banho na criança antes de dormir, demonstrando a massagem a ser realizada após o banho	Enfermeiro
Orientar a oferta de chá de erva – cidreira, camomila e outros,	Enfermeiro

##### Responsável

após 6 meses de idade

Orientar evitar a ingestão de café, chá preto e chá-mate

Vestir com roupa confortável e adequada à temperatura

Enfermeiro

Usuário

## 5.2 Diagnóstico de enfermagem: Sono adequado

### Intervenções

Colocar o bebê para dormir com o abdome para cima

Relacionar as horas de sono e repouso com a idade da criança

Esclarecer mãe/cuidador que a criança não poderá ficar longos períodos dormindo, sem alimentar-se

Manter a cabeça do bebê descoberta enquanto dorme

Providenciar um ambiente calmo e tranquilo durante o sono da criança

Reforçar a orientação à mãe/cuidador sobre a necessidade de sono e repouso da criança, compatível com idade

### Responsável

Usuário

Enfermeiro

Enfermeiro

Usuário

Usuário

Enfermeiro

## 5.3 Diagnóstico de enfermagem: Sono excessivo

### Intervenções

Interromper longos períodos de sono

Investigar a interação social da criança

Investigar interesse da criança nas atividades ofertadas

Investigar sobre atividade física da criança

Manter a cabeça do bebê descoberta enquanto dorme

Orientar mãe/cuidador sobre o sono e repouso da criança conforme a idade

Procurar a US em caso de aumento do sono

Proporcionar ambiente que estimule a criança a permanecer acordada

Relacionar as horas de sono e repouso com a idade da criança

Vestir a criança com roupa confortável e adequada à temperatura

### Responsável

Usuário

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Usuário

Enfermeiro

Usuário

Usuário

Usuário

Usuário

## 5.4 Diagnóstico de enfermagem: Repouso alterado

### Intervenções

Buscar ambiente tranquilo e estabelecimento de horários para dormir

Evitar bebidas que contenham cafeína: café, chá e chimarrão

Investigar hábitos e estilo de vida

Orientar sobre o repouso adequado

Orientar sobre técnicas de relaxamento

### Responsável

Usuário

Usuário

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

## 6 NECESSIDADE: Exercício e atividades físicas

### 6.1 Diagnóstico de enfermagem: Atividade Física Inadequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Incentivar atividade física	Enfermeiro
Incentivar interação social	Enfermeiro
Incentivar participar de grupos de 3º idade	Enfermeiro
Incentivar passeios e caminhadas	Enfermeiro
Não se expor ao sol entre 10h00min e 16h00min horas	Usuário
Orientar cuidados no trânsito	Enfermeiro
Orientar que ausência de exercício constitui fator de risco de doença vascular, respiratória, metabólica, óssea (osteoporose), articular (artrose), muscular e diminuição da mobilidade intestinal	Enfermeiro
Procurar caminhar em locais seguros e apropriados	Usuário
Promover discussão sobre os determinantes da ausência da realização de atividades físicas	Enfermeiro
Realizar caminhadas e passeios	Usuário
Respeitar seus limites	Usuário
Tomar água antes, durante e depois da atividade física	Usuário
Usar calçado leve e confortável para caminhadas	Usuário
Usar roupa confortável e leve	Usuário
Verificar a pressão arterial antes de se exercitar	Usuário

### 6.2 Diagnóstico de enfermagem: Atividade motora afetada na mulher vítima de violência

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acionar recursos comunitários	Enfermeiro
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro
Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo	Enfermeiro
Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência	Enfermeiro
Executar ações de prevenção aos agravos decorrentes de violência à mulher	Enfermeiro
Identificar fatores desencadeantes da atividade motora alterada	Enfermeiro
Notificar casos de violência conforme protocolo	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro

### 6.3 Diagnóstico de enfermagem: Atividade motora alterada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Esclarecer dúvidas sobre alterações na atividade motora	Enfermeiro
Identificar fatores desencadeantes da atividade motora alterada	Enfermeiro
Orientar dinâmica postural correta durante a gestação	Enfermeiro
Relacionar as atividades físicas compatíveis para a idade gestacional	Enfermeiro

## **7 NECESSIDADE: Sexualidade**

### **7.1 Diagnóstico de enfermagem: Atividade Sexual Satisfatória**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes a atividade sexual	Enfermeiro
Reforçar orientações sobre atividade sexual incluindo o sexo seguro	Enfermeiro
Oferecer folder educativo sobre atividade sexual	Enfermeiro

### **7.2 Diagnóstico de enfermagem: Atividade Sexual insatisfatória**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para equipe multidisciplinar	Enfermeiro
Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual	Enfermeiro
Identificar a importância do afeto	Enfermeiro
Identificar os efeitos da medicação na sexualidade	Enfermeiro
Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual	Enfermeiro
Investigar fatores que interferem na relação sexual	Enfermeiro
Investigar vulnerabilidade para HIV	Enfermeiro
Ir ao ginecologista/urologista anualmente	Usuário
Oferecer folder educativo sobre atividade sexual	Enfermeiro
Orientar sobre atividade sexual incluindo o sexo seguro	Enfermeiro
Orientar sobre consultas ginecológicas/urológicas anualmente	Enfermeiro
Promover ambiente de privacidade	Enfermeiro
Realizar acompanhamento por uma equipe multidisciplinar	Usuário
Usar preservativo em todas as relações sexuais	Usuário

## **8 NECESSIDADE: Motilidade**

### **8.1 Diagnóstico de enfermagem: Contração uterina**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar as contrações uterinas	Enfermeiro

Investigar sangramento e outras queixas associadas	Enfermeiro
Monitorar e registrar os batimentos cardíacos	Enfermeiro
Observar duração e frequência das contrações durante a gestação	Enfermeiro
Orientar a gestante para distinção entre contração uterina fisiológica e de trabalho de parto	Enfermeiro
Procurar a Unidade de Saúde ou Maternidade caso aumentem as contrações uterinas	Usuário
Realizar repouso, deitada do lado esquerdo	Usuário

## 8.2 Diagnóstico de enfermagem: Destreza manual Diminuída

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Apoiar emocionalmente o paciente em suas necessidades	Enfermeiro
Avaliar capacidade física	Enfermeiro
Avaliar risco de acidentes domésticos	Enfermeiro
Cuidar ao usar facas, tesouras, alicates, etc	Usuário
Cuidar quando mexer em objetos aquecidos: fogão, panelas, ferro elétrico, lâmpadas	Usuário
Envolver familiares para disponibilizar atividades manuais ao idoso	Enfermeiro
Estimular a participação em atividades físicas ou de lazer que envolvam a imagem corporal	Enfermeiro
Estimular a participação em grupos de apoio	Enfermeiro
Fazer exercícios com bolinha de borracha, abrindo e fechando as mãos, 3 vezes ao dia, por 5 minutos	Usuário
Identificar situações de risco	Enfermeiro
Incentivar a realização de atividades manuais	Enfermeiro
Orientar o cuidado no manuseio de objetos cortantes e aquecidos	Enfermeiro
Realizar atividades manuais tricô, crochê, bordado, pintura, jardinagem	Usuário

## 8.3 Diagnóstico de enfermagem: Movimento corporal Diminuído

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avisar a equipe de saúde no surgimento de feridas	Família
Cuidar ao transportar o idoso	Família
Ensinar familiares a usar protetores em região sacra, calcanhares	Enfermeiro
Evitar aquecer o idoso em excesso	Família
Fazer movimentos leves nas pernas e braços, sempre respeitando seus limites	Família
Fazer mudança de posição do idoso várias vezes ao dia	Família
Incentivar familiares a fazer movimentação motora	Enfermeiro

Massagear a pele do idoso com creme hidratante	Família
Oferecer água várias vezes ao dia	Família
Orientar familiares sobre a higiene no leito (roupas de cama limpa, impermeáveis, travesseiros para proteção e conforto)	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Proteger saliência óssea com travesseiros	Família
Utilizar colchões especiais (água e caixa de ovo)	Família
Utilizar luvas infladas em região sacra e calcânea	Família
Utilizar travesseiros laterais para apoio	Família

#### 8.4 Diagnóstico de enfermagem: Coordenação motora ausente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avisar a equipe de saúde no surgimento de feridas	Família
Cuidar ao transportar o idoso	Família
Ensinar familiares a usar protetores em região sacra, calcanhares	Enfermeiro
Evitar aquecer o idoso em excesso	
Fazer movimentos leves nas pernas e braços, sempre respeitando seus limites	Família
Fazer mudança de posição do idoso várias vezes ao dia	Família
Incentivar familiares a fazer movimentação motora	Enfermeiro
Massagear a pele do idoso com creme hidratante	Família
Oferecer água várias vezes ao dia	Família
Orientar familiares sobre a higiene no leito (roupas de cama limpa, impermeáveis, travesseiros para proteção e conforto)	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Proteger saliência óssea com travesseiros	Família
Utilizar colchões especiais (água e caixa de ovo)	Família
Utilizar luvas infladas em região sacra e calcânea	Família
Utilizar travesseiros laterais para apoio	Família

## 9 *NECESSIDADE: Cuidado corporal*

### 9.1 Diagnóstico de enfermagem: Autocuidado inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para oficinas educativas	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Estimular a auto-estima da paciente	Enfermeiro
Estimular a reflexão sobre a importância dos hábitos de higiene e cuidados com seus pertences	Enfermeiro
Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável	Enfermeiro

Estimular os hábitos diários de higiene corporal	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Investigar hábitos e costumes de higiene	Enfermeiro
Manter suas coisas organizadas	Usuário
Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Orientar os hábitos diários de higiene corporal	Enfermeiro
Praticar atividades físicas	Usuário
Realizar higiene corporal diariamente	Usuário

## 9.2 Diagnóstico de enfermagem: Autocuidado adequado

### Intervenções

Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Investigar hábitos e costumes de higiene	Enfermeiro
Reforçar orientações sobre o desenvolvimento de hábitos de vida saudável	Enfermeiro

### Responsável

## 9.3 Diagnóstico de enfermagem: Higiene corporal alterada

### Intervenções

Ensinar a criança fazer os cuidados de higiene pessoal	Usuário
Explicar os riscos à saúde devido às más condições de higiene pessoal e domiciliar	Enfermeiro
Investigar ambiente	Enfermeiro
Investigar possibilidade de negligência	Enfermeiro
Lavar com água e sabão e enxaguar os brinquedos e roupas de uso do bebê	Usuário
Orientar hábitos de higiene corporal	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador quanto higiene domiciliar	Enfermeiro
Parabenizar a criança/mãe por melhora apresentada	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Promover orientação à cuidadores do paciente	Enfermeiro
Realizar higiene incluindo o corte das unhas, o banho, a troca de roupa diária e a higiene da boca após as refeições	Usuário
Relacionar possíveis patologias com a higiene alterada	Enfermeiro

### Responsável

## 9.4 Diagnóstico de enfermagem: Higiene corporal adequada

### Intervenções

Estimular mãe/cuidador a proporcionar carinho à criança durante a higiene	Enfermeiro
Estimular o auto cuidado corporal	Enfermeiro
Fazer higiene íntima do bebê a cada troca de fraldas, utilizando pano macio ou algodão e água morna.	Usuário

### Responsável

Reforçar as orientações para mãe/cuidador quanto a lavagem das mãos antes e depois do manuseio do bebê Enfermeiro

### 9.5 Diagnóstico de enfermagem: Higiene das mamas deficiente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Estimular a auto-estima da paciente	Enfermeiro
Estimular o auto-exame das mamas	Enfermeiro
Estimular o autocuidado corporal	Enfermeiro
Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável	Enfermeiro
Orientar hábitos de higiene	Enfermeiro

### 9.6 Diagnóstico de enfermagem: Higiene das genitálias alterada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medos	Enfermeiro
Estimular o autocuidado corporal	Enfermeiro
Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável	Enfermeiro
Explicar os riscos à saúde devido às más condições de higiene pessoal e domiciliar	Enfermeiro
Fazer exame especular	Enfermeiro
Orientar hábitos de higiene	Enfermeiro
Orientar uso correto do preservativo	Enfermeiro
Realizar higiene íntima conforme orientação	Usuário
Evitar o uso de talcos e cremes	Usuário
Fazer higiene íntima do bebe a cada troca de fraldas, utilizando pano macio ou algodão e água morna	Usuário

### 9.7 Diagnóstico de enfermagem: Higiene oral inadequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Consultar dentista regularmente de 6 em 6 meses	Usuário
Identificar lesões e/ou sangramento	Enfermeiro
Limpar a dentadura ou ponte diariamente com escova e pasta de dente	Usuário
Oferecer avaliação odontológica	Enfermeiro
Orientar a necessidade de avaliação odontológica periódica	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador a realizar higiene bucal de acordo com a idade da criança	Enfermeiro
Orientar sobre higiene bucal e ajuste de prótese	Enfermeiro
Realizar escovação e uso de fio dental após as refeições	Usuário
Realizar higiene oral após as refeições	Usuário

## 10 NECESSIDADE: *Integridade cutâneo mucosa*

### 10.1 Diagnóstico de enfermagem: Trauma na pele

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar a situação do trama	Enfermeiro
Executar ações de prevenção aos agravos decorrentes de violência à mulher	Enfermeiro
Indicar vacina antitetânica	Enfermeiro
Manter ferida limpa conforme orientado	Usuário
Notificar casos de violência conforme protocolo	Enfermeiro
Orientar sobre cuidados com o trauma	Enfermeiro
Programar visita domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia horário agendado	Usuário

### 10.2 Diagnóstico de enfermagem: Fissura mamilar

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Esgotar manualmente as mamas	Usuário
Expor mamilos aos raios solares: 15 minutos pela manhã até 10h00min horas, a tarde após 15h00min horas, ou lâmpada 40 W um palmo de distância	Usuário
Fazer limpeza do bico do seio com o próprio leite antes e após cada mamada	Usuário
Manter os mamilos e aréolas sempre limpas, evitando o uso de uso de pomadas, cremes, etc	Usuário
Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Observar a amamentação e a pega	Enfermeiro
Oferecer o leite esgotado ao bebê, com uma colher pequena ou copinho (de café)	Usuário

### 10.3 Diagnóstico de enfermagem: Escoriação da pele

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo	Enfermeiro
Avaliar a situação do ferimento	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto às lesões encontradas	Enfermeiro
Estimular hábitos de higiene	Enfermeiro
Estimular o autocuidado corporal	Enfermeiro
Executar ações de prevenção aos agravos decorrentes de violência à mulher	Enfermeiro
Manter ferida limpa conforme orientado	Usuário
Orientar sobre cuidados com o ferimento	Enfermeiro
Programar visita domiciliar	Enfermeiro

#### 10.4 Diagnóstico de enfermagem: Contusão

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Aplicar compressa fria nas primeiras 24 horas, conforme orientado	Usuário
Avaliar frequência, intensidade e localização da dor	Enfermeiro
Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência	Enfermeiro
Programar visita domiciliar	Enfermeiro

#### 10.5 Diagnóstico de enfermagem: Queimadura decorrente de violência à mulher

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro
Assegurar respeito aos direitos da mulher	Enfermeiro
Avaliar a situação do ferimento/queimadura	Enfermeiro
Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência	Enfermeiro
Encaminhar para atendimento especializado	Enfermeiro
Envolver família/pessoa significativa nos cuidados	Enfermeiro
Notificar casos de violência conforme o protocolo	Enfermeiro
Orientar sobre cuidados com o ferimento/queimadura	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tratar área queimada conforme protocolo	Enfermeiro

#### 10.6 Diagnóstico de enfermagem: Queimadura

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar a situação da queimadura	Enfermeiro
Encaminhar para atendimento especializado	Enfermeiro
Envolver família/pessoa significativa nos cuidados	Enfermeiro
Orientar sobre cuidados com o ferimento/queimadura	Enfermeiro
Programar visita domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tratar área queimada conforme protocolo	Enfermeiro

#### 10.7 Diagnóstico de enfermagem: Lesões de pele no portador de MH

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar lesões e atrofia nas extremidades	Enfermeiro
Avaliar perda de sensibilidade	Enfermeiro
Avaliar ressecamento ocular	Enfermeiro
Cuidar ao usar facas, tesouras, alicates, etc	Usuário

Cuidar quando mexer em objetos aquecidos: fogão, panelas, ferro elétrico, lâmpadas	Usuário
Encaminhar para serviço de prevenção de incapacidades e/ou terapia ocupacional	Enfermeiro
Examinar o corpo diariamente procurando novos ferimentos	Usuário
Orientar a auto-inspeção de extremidades diariamente	Enfermeiro
Orientar a hidratação da pele	Enfermeiro
Orientar a hidratação dos olhos com soro fisiológico	Enfermeiro
Orientar curativo	Enfermeiro
Orientar o cuidado ao manusear utensílios aquecidos e/ou cortantes	Enfermeiro
Orientar o uso de calçados adequados	Enfermeiro
Realizar curativo conforme orientado	Usuário
Usar sapatos confortáveis	Usuário

### 10.8 Diagnóstico de enfermagem: Acne

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Orientar dieta alimentar, frequência e quantidade	Enfermeiro
Não manipular locais afetados	Usuário
Lavar o rosto 3 vezes ao dia	Usuário
Evitar alimentos com gordura	Enfermeiro

### 10.9 Diagnóstico de enfermagem: Integridade da pele comprometida na criança

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar o estado de higiene da criança	Enfermeiro
Investigar ambiente que a criança esta inserida	Enfermeiro
Investigar possibilidade de negligência à criança	Enfermeiro
Lavar e passar as roupas pessoais e de cama e banho, separadas das roupas do restante da família	Usuário
Manter os ferimentos limpos e secos	Usuário
Observar a característica das lesões	Enfermeiro
Orientar a mãe quanto a higiene domiciliar	Enfermeiro
Orientar a mãe/cuidador quantos aos hábitos de higiene compatíveis à idade da criança	Enfermeiro
Orientar os cuidados específicos com as lesões	Enfermeiro
Parabenizar a criança/mãe por melhora apresentada	Enfermeiro
Realizar higiene da criança incluindo o corte das unhas, o banho e a troca de roupa diária	Usuário
Relacionar com agravos de notificação obrigatória	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 10.10 Diagnóstico de enfermagem: Integridade da pele comprometida no idoso

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Discutir a importância de evitar a exposição ao sol	Enfermeiro
Envolver familiares na observação e cuidado frequente da integridade cutânea	Enfermeiro
Evitar exposição ao sol entre as 10h00min e 16:00 h	Usuário
Incentivar aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Lavar sempre as mãos antes e após mexer nas feridas	Família
Manter os ferimentos limpos e secos	Usuário
Monitorar cor da pele, umidade e ressecamento e a característica das lesões	Enfermeiro
Mudar a posição do idoso na cama várias vezes ao dia	Família
Oferecer líquido para o idoso	Família
Orientar a higiene, mudança de decúbito e os cuidados específicos com as lesões	Enfermeiro
Orientar sobre o risco da auto agressão	Enfermeiro
Passar creme hidratante diariamente, após o banho secando bem entre os dedos	Família/Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Utilizar calçados confortáveis e meias que não apertem	Usuário
Utilizar filtro solar diariamente	Usuário

### 10.11 Diagnóstico de enfermagem: Glândula mamária íntegra

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	Enfermeiro
Orientar a gestante para a prevenção de fissura nos mamilos	Enfermeiro
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	Usuário

### 10.12 Diagnóstico de enfermagem: Glândula mamária alterada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher e apoiar a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Controlar o uso de medicação	Enfermeiro
Encaminhar para atendimento especializado	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao auto-exame de mamas	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero	Enfermeiro
Fazer auto exame de mama 7 dias após menstruação	Usuário
Fazer auto exame de mamas mensalmente na data do aniversário(menopausa)	Usuário
Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar	Enfermeiro
Investigar causa da dor	Enfermeiro
Orientar o controle do uso de medicação	Enfermeiro

Orientar uso correto de sutiã	Enfermeiro
Realizar exame das mamas	Enfermeiro
Realizar auto-exame das mamas	Usuário
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	Usuário

### 10.13 Diagnóstico de enfermagem: Glândula mamária com secreção

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Coletar secreção de mamas	Enfermeiro
Encaminhar para atendimento especializado	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao auto – exame de mamas	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero	Enfermeiro
Orientar coleta de secreção para exame	Enfermeiro
Realizar exame das mamas	Enfermeiro
Realizar auto-exame das mamas	Usuário
Realizar higiene corporal	Usuário
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	Enfermeiro

### 10.14 Diagnóstico de enfermagem: Glândula mamária aumentadas

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Detectar alterações de sinais e sintomas nas mamas	Enfermeiro
Fazer auto exame de mama 7 dias após menstruação	Usuário
Orientar auto-exame de mama, conforme protocolo	Enfermeiro
Realizar exame das mamas	Enfermeiro
Realizar auto-exame das mamas	Usuário
Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado	Enfermeiro
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	Usuário

### 10.15 Diagnóstico de enfermagem: Mamilos íntegros

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	Enfermeiro
Expor as mamas a duchas de água fria	Usuário
Identificar o tipo de mamilo da gestante	Enfermeiro
Reforçar orientações para a prevenção de fissura nos mamilos	Enfermeiro
Reforçar orientações sobre o uso correto de sutiã	Enfermeiro
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	Usuário

### 10.16 Diagnóstico de enfermagem: Ingurgitamento mamário

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Colocar a criança para sugar primeiro na mama menos dolorida	Usuário
Ensinar ordenha mamária	Enfermeiro
Esgotar manualmente as mamas	Enfermeiro

Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno	Enfermeiro
Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Observar a necessidade de aplicação de compressas frias	Enfermeiro
Observar a amamentação e a pega	Enfermeiro
Oferecer o leite esgotado ao bebê, com uma colher pequena ou copinho (de café)	Usuário
Orientar manutenção do aleitamento, reduzindo o intervalo das mamadas	Enfermeiro
Orientar uso correto de sutiã	Enfermeiro
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	Usuário
Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 10.17 Diagnóstico de enfermagem: Mastite

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Colocar a criança para sugar primeiro na mama menos dolorida	Usuário
Ensinar ordenha mamária	Enfermeiro
Esgotar manualmente as mamas	Enfermeiro
Estimular vínculo mãe/filho durante o aleitamento materno	Enfermeiro
Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Observar a amamentação e a pega	Enfermeiro
Oferecer o leite esgotado ao bebê, com uma colher pequena ou copinho (de café)	Usuário
Orientar manutenção do aleitamento, reduzindo o intervalo das mamadas	Enfermeiro
Orientar uso correto de sutiã	Enfermeiro
Usar sutiã com alças curtas para manter os seios elevados	Usuário
Verificar a presença de quadro febril, intensidade da dor e outras queixas associadas	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

## 11 *NECESSIDADE Regulação vascular*

### 11.1 Diagnóstico de enfermagem: Sangramento vaginal inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar sangramento	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Encaminhar para maternidade de referência	Enfermeiro
Evitar relação sexual vaginal neste período	Usuário
Fazer repouso	Usuário

Investigar quantidade e duração do sangramento	Enfermeiro
Manter acompanhantes informados sobre o estado clínico e ações adotadas	Enfermeiro
Monitorar sinais vitais	Enfermeiro
Orientar e agendar retorno	Enfermeiro
Orientar familiares para acompanhar paciente	Enfermeiro
Orientar o uso de medicação	Enfermeiro
Orientar observação do sangramento	Enfermeiro
Orientar para realização do exame preventivo	Enfermeiro
Orientar sobre restrição as atividades	Enfermeiro
Programar visita domiciliar	Enfermeiro

### **11.2 Diagnóstico de enfermagem: Retorno venoso prejudicado**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar uso correto de meias compressivas	Enfermeiro
Elevar MMII várias vezes ao dia conforme orientação	Usuário
Evitar a permanência na mesma posição por mais de 20 minutos	Usuário
Fazer uso de meias compressivas	Enfermeiro
Inspecionar retorno venoso em MMII	Enfermeiro
Investigar o tempo de aparecimento e características do edema	Enfermeiro
Observar aparecimento de varizes, edema, alteração de cor nas pernas	Usuário
Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado	Enfermeiro
Usar calçados confortáveis	Usuário

## **12 NECESSIDADE: Regulação imunológica**

### **12.1 Diagnóstico de enfermagem: Estado imunológico Comprometido**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Encaminhar para equipe multiprofissional	Enfermeiro
Estabelecer escuta ativa	Enfermeiro
Oferecer apoio emocional	Enfermeiro
Orientar uso da medicação antiretroviral	Enfermeiro

### **12.2 Diagnóstico de enfermagem: Estado vacinal adequado**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Atualizar carteira da gestante	Enfermeiro
Estimular mãe/cuidador a manter o calendário vacinal atualizado	Enfermeiro
Guardar o comprovante de vacina	Usuário

Orientar a trazer a carteira de vacina em cada comparecimento na Unidade	Enfermeiro
Parabenizar mãe/cuidador pelo estado vacinal da criança	Enfermeiro
Reforçar a importância da imunização	Enfermeiro
Reforçar orientações quanto às dúvidas frente a importância do estado vacinal completo	Enfermeiro
Reforçar orientações sobre a importância de guardar o comprovante de vacinas	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Trazer a carteira de vacina sempre que vir para atendimento na Unidade	Usuário

### 12.3 Diagnóstico de enfermagem: Estado vacinal atrasado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher mãe/cuidador	Enfermeiro
Atualizar esquema vacinal	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas mãe/cuidador sobre as vacinas	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas frente a importância do estado vacinal completo	Enfermeiro
Estimular mãe/cuidador para atualização do esquema vacinal	Enfermeiro
Guardar o comprovante de vacina	Usuário
Investigar possibilidade de negligência à criança	Enfermeiro
Investigar possíveis reações vacinais anteriores	Enfermeiro
Orientar a mãe/cuidador quanto a importância das vacinas e seu correto aprazamento	Enfermeiro
Orientar a mãe/cuidador quanto à técnica de realização das vacinas	Enfermeiro
Orientar a trazer a carteira de vacina a cada comparecimento na Unidade	Enfermeiro
Orientar sobre a importância de guardar o comprovante de vacinas	Enfermeiro
Realizar vacina no domicílio	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Trazer a carteira de vacina sempre que vir para atendimento na Unidade	Usuário

## 13 NECESSIDADE: *Percepção*

### 13.1 Diagnóstico de enfermagem: Dor

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro

Avaliar frequência, intensidade e localização da dor	Enfermeiro
Encaminhar para atendimento especializado	Enfermeiro
Estimular a confiança no atendimento prestado	Enfermeiro

### 13.2 Diagnóstico de enfermagem: Dor em baixo ventre

#### Intervenções

Colher material para citologia oncológica	<b>Responsável</b> Enfermeiro
Encaminhar para atendimento especializado	Enfermeiro
Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Fazer exame especular	Enfermeiro
Investigar fatores fisiológicos	Enfermeiro
Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado	Enfermeiro

### 13.3 Diagnóstico de enfermagem: Cólica uterina

#### Intervenções

Aplicar calor local com média intensidade, em baixo ventre, enquanto tiver dor	<b>Responsável</b> Usuário
Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizado	Enfermeiro
Orientar quanto as atividades físicas diárias, tipos e frequência	Enfermeiro
Orientar métodos para alívio da dor	Enfermeiro

### 13.4 Diagnóstico de enfermagem: Dor à relação sexual (dispareunia)

#### Intervenções

Encaminhar para consulta médica	<b>Responsável</b> Enfermeiro
Encorajar verbalizações, sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Fazer exame especular	Enfermeiro
Investigar fatores fisiológicos que interferem na relação	Enfermeiro
Relacionar a queixa com o método contraceptivo utilizada	Enfermeiro

### 13.5 Diagnóstico de enfermagem: Acuidade visual prejudicada

#### Intervenções

Encaminhar para oftalmologia	<b>Responsável</b> Enfermeiro
Identificar alterações da visão	Enfermeiro
Orientar o uso rotineiro do óculos	Enfermeiro
Orientar sobre a não utilização de produtos sem prescrição médica	Enfermeiro
Orientar sobre complicações da diabete	Enfermeiro
Usar óculos	Usuário

### 13.6 Diagnóstico de enfermagem: Sensibilidade periférica prejudicada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Caminhar com cuidado	Usuário
Cortar unhas retas, não tirar cutículas, não desencarnar unhas, não remover calos	Usuário
Evitar o uso de tapetes que escorreguem	Usuário
Examinar os pés diariamente	Usuário
Explicar sobre a alteração da sensibilidade devido a diabetes	Enfermeiro
Inspecionar os calçados diariamente	Usuário
Orientar prevenção de acidentes	Enfermeiro
Orientar uso de calçados adequados	Enfermeiro
Orientar uso de vestiário adequado	Enfermeiro
Usar calçados confortáveis	Usuário
Usar roupas que não apertem	Usuário

### 13.7 Diagnóstico de enfermagem: Memória deficiente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Desenvolver atividades de reativação ou preservação da memória, por meio de jogos coloridos, palavras cruzadas, bingos c/ números, figuras e cores	Família
Estimular vínculo comunitário	Enfermeiro
Fazer palavras cruzadas	Usuário
Identificar situações que dificultem o aprendizado	Enfermeiro
Incentivar participação em grupos de 3ª idade	Enfermeiro
Incentivar realizar atividades manuais/leitura	Enfermeiro
Oferecer apoio emocional	Enfermeiro
Orientar o idoso no tempo e no espaço, mantendo um calendário e um relógio de fácil visualização	Enfermeiro
Participar de bingos	Usuário
Verificar nível de consciência	Enfermeiro

### 13.8 Diagnóstico de enfermagem: Atividade mental prejudicada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para equipamentos sociais da comunidade na área de saúde mental	Enfermeiro
Encaminhar para grupos de auto-ajuda	Enfermeiro
Estimular atividades físicas e de lazer	Enfermeiro

### 13.9 Diagnóstico de enfermagem: Prurido vaginal

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Captar parceiro para tratamento	Enfermeiro

Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado	Enfermeiro
Indicar banho de assento	Enfermeiro
Investigar o tempo de aparecimento da queixa	Enfermeiro
Orientar dieta alimentar	Enfermeiro
Orientar o uso correto do preservativo	Enfermeiro
Orientar sobre higiene das genitálias	Enfermeiro
Realizar o exame preventivo de ca de colo uterino	Usuário

### 13.10 Diagnóstico de enfermagem: Náusea

#### Intervenções

Esclarecer dúvidas sobre funcionamento do sistema digestivo na gravidez e puerpério	<b>Responsável</b> Enfermeiro
Monitorar gráfico de peso e idade gestacional	Enfermeiro
Orientar ingestão de alimentos	Enfermeiro
Orientar a ingestão alimentar fracionada e várias vezes ao dia	Enfermeiro
Retornar à Unidade de Saúde caso aumento das náuseas ou vômito	Usuário

## 14 NECESSIDADE: Ambiente

### 14.1 Diagnóstico de enfermagem: Risco para acidente doméstico - criança

#### Intervenções

Investigar riscos para acidentes domésticos	<b>Responsável</b> Enfermeiro
Manter as pontas e cantos dos móveis protegidas para evitar ferimentos na criança	Usuário
Manter medicamentos em locais altos e de difícil acesso para a criança	Usuário
Manter objetos com pontas (faca, garfo, tesoura, alicate) longe das crianças	Usuário
Manter os cabos das panelas voltados para parte interna do fogão	Usuário
Manter produtos de limpeza em locais altos e de difícil acesso para a criança	Usuário
Orientar ambiente doméstico adequado	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador sobre armazenamento adequado de medicamentos e de	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador sobre prevenção de acidentes no domicílio	Enfermeiro
Remover tapetes, que escorreguem, para evitar tombos da criança	Usuário
Tampar as tomadas, evitando que a criança coloque a mão ou objetos	Usuário

### 14.2 Diagnóstico de enfermagem: Risco para acidente doméstico - idoso

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Cuidar ao usar facas, tesouras, alicates, etc	Usuário
Cuidar quando mexer em objetos aquecidos: fogão, panelas, ferro elétrico, lâmpadas	Usuário
Estar atento para piso escorregadio, retirando tapetes e/ou adaptando piso antiderrapante	Usuário
Evitar dirigir ou manusear equipamentos se estiver com tontura	Usuário
Evitar fumar na cama ou em cadeira	Usuário
Evitar mudanças bruscas de posição, principalmente ao levantar da cama	Usuário
Evitar tomar banho com a água superaquecida	Usuário
Evitar trancar a porta do banheiro durante o seu uso	Usuário
Investigar riscos para acidentes domésticos	Enfermeiro
Não levantar no escuro	Usuário
Orientar ambiente doméstico adequado	Enfermeiro
Orientar cuidados no trânsito	Enfermeiro
Providenciar barras de apoio onde necessário	Família/Usuário
Providenciar tapetes emborrachados no banheiro/vaso sanitário e chuveiro	Usuário
Usar calçados confortáveis e bem adaptados	Usuário
Utilizar assento para banho	Usuário

### 14.3 Diagnóstico de enfermagem: Violência à mulher

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Assegurar respeito aos direitos da mulher	Enfermeiro
Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo	Enfermeiro
Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Notificar casos de violência conforme protocolo	Enfermeiro

### 14.4 Diagnóstico de enfermagem: Risco para violência doméstica

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acionar o Conselho Tutelar	Enfermeiro
Encaminhar para serviço de referência	Enfermeiro
Investigar possibilidade de negligência à criança	Enfermeiro
Preencher ficha de notificação da rede de proteção	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Relacionar o relato do adulto com o tipo de lesão da criança	Enfermeiro

Verificar déficit de comportamento e/ou déficit cognitivo da criança e dos cuidadores	Enfermeiro
Verificar sinais de agressões físicas e psicológicas	Enfermeiro

#### 14.5 Diagnóstico de enfermagem: Abuso sexual

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro
Assegurar respeito aos direitos da mulher	Enfermeiro
Atender os casos de violência contra a mulher, conforme protocolo	Enfermeiro
Encaminhar para Delegacia/Hospital de Referência	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Estimular a confiança no atendimento prestado	Enfermeiro
Notificar casos de violência conforme protocolo	Enfermeiro
Orientar sobre a prevenção de DST/AIDS	Enfermeiro

#### 14.6 Diagnóstico de enfermagem: Agressão ao idoso

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar ambiente e história familiar	Enfermeiro
Encaminhar FAS/SOS Idosos	Enfermeiro
Envolver o familiar no atendimento ao idoso	Enfermeiro
Investigar possibilidade de negligência	Enfermeiro
Levantar queixas de violência (perda de peso, palidez, higiene precária, hematomas, queimaduras, vestimenta inadequada, administração de medicação incorreta, acidentes inexplicados e recorrentes)	Enfermeiro
Notificar órgãos competentes	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro

#### 14.7 Diagnóstico de enfermagem: Uso de álcool e outras drogas

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Auxiliar nas mudanças de hábitos	Enfermeiro
Comparecer diariamente a US para uso de medicamentos, controle da PA e hidratação	Usuário
Encaminhar para grupo de auto-ajuda	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Inscriver no programa de saúde mental	Enfermeiro
Inserir o paciente em atividades recreativas e educativas da US	Enfermeiro
Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas	Enfermeiro

Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Orientar os prejuízos do uso de drogas para a mãe e bebê	Enfermeiro
Orientar sobre grupos de auto ajuda: AA, ALANON	Enfermeiro
Orientar sobre as crises de abstinência	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Solicitar o comparecimento dos familiares para esclarecimentos da doença	Enfermeiro

#### 14.8 Diagnóstico de enfermagem: Uso de drogas

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Encaminhar para grupo de auto-ajuda	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Investigar o tipo de substância utilizado e tempo de uso	Enfermeiro
Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro

#### 14.9 Diagnóstico de enfermagem: Tabagismo

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para grupo de auto-ajuda	Enfermeiro
Estimular a redução do uso de cigarros diários	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Identificar desejo da puérpera em parar de fumar	Enfermeiro
Monitorar gráfico de peso e idade gestacional	Enfermeiro
Orientar danos decorrentes do tabagismo	Enfermeiro

### 15 *NECESSIDADE: Terapêutica*

#### 15.1 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico/Hanseníase adequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Inscrever no programa de suporte nutricional	Enfermeiro
Investigar contatos domiciliares e profissionais	Enfermeiro
Investigar necessidade de suporte nutricional	Enfermeiro
Notificar ao serviço de Vigilância Epidemiológica	Enfermeiro
Orientar a dieta alimentar de acordo o modo de vida do paciente	Enfermeiro
Orientar o uso da medicação conforme prescrição	Enfermeiro

Orientar sobre a doença e as formas de transmissão	Enfermeiro
Orientar sobre interação medicamentosa com contraceptivos	Enfermeiro
Orientar sobre possíveis efeitos colaterais da medicação	Enfermeiro
Procurar a unidade de saúde em caso de dúvidas	Usuário
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Reforçar a importância da manutenção do tratamento para cura	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar a medicação conforme prescrito	Usuário

### 15.2 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Estimular o autocuidado	Enfermeiro
Identificar um agente cuidador	Enfermeiro
Incentivar a socialização	Enfermeiro
Investigar o uso da medicação	Enfermeiro
Observar efeito adversos da medicação	Enfermeiro
Orientar o uso correto da medicação ao paciente/ família	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar a medicação conforme prescrito	Usuário

### 15.3 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/HIV

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para a oficina de gestante	Enfermeiro
Encaminhar para maternidade de referência de pré-natal de alto risco	Enfermeiro
Monitorar a gestante quanto a presença nas consultas do serviço de referência e ao uso correto da medicação	Enfermeiro
Notificar à epidemiologia	Enfermeiro
Orientar a importância de não amamentar	Enfermeiro
Orientar a importância do sexo seguro através do preservativo	Enfermeiro
Orientar casal/mulher para o planejamento familiar	Enfermeiro
Orientar esquema terapêutico	Enfermeiro
Programar visita domiciliar	Enfermeiro
Registrar no prontuário e carteira de gestante	Enfermeiro
Solicitar a medicação e o Kit de tratamento para o parto	Enfermeiro
Solicitar teste HIV para o parceiro	Enfermeiro
Usar preservativo em todas as relações sexuais	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar a medicação conforme prescrito	Usuário

#### 15.4 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/toxoplasmose

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para a oficina de gestante	Enfermeiro
Encaminhar para maternidade de referência de pré-natal de alto risco	Enfermeiro
Monitorar a gestante quanto a presença nas consultas no serviço de referência e ao uso correto da medicação	Enfermeiro
Notificar à epidemiologia	Enfermeiro
Orientar esquema terapêutico	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Registrar no prontuário e carteira de gestante	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar a medicação conforme prescrito	Usuário

#### 15.5 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar a gestante com VDRL e FTA Abs reagentes ao serviço de referência de pré-natal de alto risco	Enfermeiro
Encaminhar para a oficina de gestante	Enfermeiro
Encaminhar para maternidade de referência de pré-natal de alto risco	Enfermeiro
Fazer seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, conforme protocolo	Enfermeiro
Monitorar a gestante: presença nas consultas do serviço de referência e uso correto da medicação	Enfermeiro
Notificar à epidemiologia	Enfermeiro
Orientar esquema terapêutico	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Registrar no prontuário e carteira de gestante	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar a medicação conforme prescrito	Usuário
Usar preservativo em todas as relações sexuais	Usuário

#### 15.6 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/tuberculose

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para a oficina de gestante	Enfermeiro
Encaminhar para maternidade de referência de pré-natal de alto risco	Enfermeiro

Monitorar a gestante: presença nas consultas no serviço de referência e uso correto da medicação	Enfermeiro
Notificar à epidemiologia	Enfermeiro
Orientar a amamentação mesmo que haja sangramento em fissura mamilar mamaria	Enfermeiro
Orientar esquema terapêutico	Enfermeiro
Orientar medidas de prevenção de transmissão até três semanas de tratamento	Enfermeiro
Realizar baciloscopia de controle mensalmente	Enfermeiro
Fazer busca ativa dos contatos	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Registra no prontuário e carteira de gestante	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Tomar a medicação conforme prescrito	Usuário

### 15.7 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico adequado de tuberculose

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Continuar o uso da medicação conforme prescrito	Usuário
Estimular o aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Investigar a coloração da urina	Enfermeiro
Observar a cor da urina	Usuário
Orientar ao paciente sobre a interação medicamentosa com o álcool	Enfermeiro
Parabenizar o usuário pela melhora apresentada	Enfermeiro
Reforçar a importância da manutenção do tratamento para cura	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre o horário da medicação	Enfermeiro
Reforçar a orientação sobre possíveis efeitos colaterais	Enfermeiro
Beber água varias vezes ao dia	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 15.8 Diagnóstico de enfermagem: Controle do regime terapêutico inadequado de tuberculose

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Beber água vária vezes ao dia	Usuário
Encorajar o paciente a explicitar suas dúvidas, anseios e as dificuldades para adesão ao tratamento	Enfermeiro
Estimular o aumento da ingestão hídrica	Enfermeiro
Investigar coloração da urina	Enfermeiro
Investigar sobre efeitos colaterais	Enfermeiro
Observar a cor da urina	Usuário
Orientar ao paciente sobre a interação medicamentosa com o álcool /outros medicamentos	Enfermeiro

Orientar o paciente sobre a importância uso da medicação no horário e doses prescritas	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Reforçar a importância da manutenção do tratamento para cura	Enfermeiro
Retornar na data e horário agendados	Usuário
Tomar a medicação no horário prescrito	Usuário

### 15.9 Diagnóstico de enfermagem: Exame preventivo ausente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado	Enfermeiro
Esclarecer a paciente sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero	Enfermeiro
Esclarecer sobre a importância do exame preventivo do câncer de colo de útero	Enfermeiro
Estimular a confiança no atendimento prestado	Enfermeiro
Orientar para coleta de preventivo periodicamente	Enfermeiro
Realizar o exame preventivo de ca de colo uterino	Enfermeiro
Tranqüilizar a paciente sobre o atendimento prestado	Enfermeiro

### 15.10 Diagnóstico de enfermagem: Resultado de exame preventivo alterado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Apoiar a paciente em suas necessidades	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Encorajar a paciente a participar ativamente de seu cuidado	Enfermeiro
Envolver família/pessoa significativa nos cuidados	Enfermeiro
Esclarecer a paciente quanto ao resultado de exame alterado	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar para acompanhamento	Enfermeiro

### 15.11 Diagnóstico de enfermagem: Resultado de exame preventivo normal

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Esclarecer a paciente quanto ao resultado do exame citopatológico	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao ca de mama e útero	Enfermeiro
Orientar para coleta do exame preventivo anualmente	Enfermeiro
Reforçar sobre a importância da realização do exame preventivo	Enfermeiro

### 15.12 Diagnóstico de enfermagem: Auto-exame de mama presente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Demonstrar técnica do auto-exame de mama	Enfermeiro
Fazer auto-exame de mamas sete dias após a menstruação	Usuário

Fazer auto exame de mamas mensalmente na data do aniversário (menopausa)	Usuário
Realizar inspeção de mamas anualmente	Usuário
Reforçar as orientações relativas ao auto-exame mamas	Enfermeiro

### 15.13 Diagnóstico de enfermagem: Auto-exame de mama ausente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Demonstrar técnica do auto-exame de mama	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao auto-exame de mamas	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao câncer de mama e útero	Enfermeiro
Fazer auto exame de mama sete dias após menstruação	Usuário
Fazer auto exame de mamas mensalmente na data do aniversário (menopausa)	Usuário
Oferecer folder educativo sobre auto-exame de mamas	Enfermeiro
Realizar exame das mamas	Enfermeiro

### 15.14 Diagnóstico de enfermagem: Uso de contraceptivo adequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Dispensar método contraceptivo	Enfermeiro
Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Examinar mamas anualmente	Enfermeiro
Executar ações de prevenção do câncer de mama e colo de útero	Enfermeiro
Inspecionar retorno venoso em MMII	Enfermeiro
Oferecer folderes educativo sobre auto exame de mamas	Enfermeiro
Orientar para realização do exame preventivo	Enfermeiro
Verificar pressão arterial e peso mensalmente	Usuário
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 15.15 Diagnóstico de enfermagem: Uso de contraceptivo inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Dispensar método contraceptivo	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto aos métodos contraceptivos	Enfermeiro
Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Examinar mamas anualmente	Enfermeiro
Executar ações de prevenção do câncer de mama e colo de útero	Enfermeiro
Fazer auto exame de mama sete dias após menstruação	Usuário
Inspecionar retorno venoso em MMII	Enfermeiro
Oferecer folderes educativo sobre auto exame de mamas	Enfermeiro
Orientar para realização do exame preventivo	Enfermeiro
Reforçar orientação quanto ao uso correto do contraceptivo adotado	Enfermeiro
Sensibilizar para uso de preservativos	Enfermeiro

Verificar pressão arterial e peso mensalmente  
Retornar no dia e horário agendados

Usuário  
Usuário

## **16 NECESSIDADE: Reprodução**

### **16.1 Diagnóstico de enfermagem: Risco para aborto**

#### **Intervenções**

Eliminar o uso de tabaco e álcool  
Encaminhar para maternidade de referência  
Evitar relação sexual vaginal nesse período  
Fazer repouso conforme necessidade  
Investigar o uso de drogas  
Monitorar SSVV  
Orientar sexo seguro  
Realizar visita domiciliar

#### **Responsável**

Usuário  
Enfermeiro  
Usuário  
Usuário  
Enfermeiro  
Enfermeiro  
Enfermeiro  
Enfermeiro

### **16.2 Diagnóstico de enfermagem: Gravidez indesejada**

#### **Intervenções**

Acolher a gestante conforme suas necessidades  
Encaminhar para grupo de auto-ajuda  
Encaminhar para suporte psicológico  
Encorajar verbalização, sentimentos, percepções e medos  
Envolver a família/pessoa significativa nos cuidados  
Identificar rede de apoio familiar e comunitária  
Realizar visita domiciliar

#### **Responsável**

Enfermeiro  
Enfermeiro  
Enfermeiro  
Enfermeiro  
Enfermeiro  
Enfermeiro  
Enfermeiro

### **16.3 Diagnóstico de enfermagem: Gestação /1º trimestre Normal**

#### **Intervenções**

Acolher a gestante conforme suas necessidades  
Aconselhar o pré-teste – AIDS  
Agendar oficina para gestante e visita à maternidade vinculada  
Avaliar historia reprodutiva anterior  
Enfatizar a importância do pré-natal  
Entregar pasta de gestante com orientação dos conteúdos educativos e explicação do programa  
Envolver a família/pessoa significativa nos cuidados  
Estimular confiança no atendimento prestado  
Orientar cuidados com as mamas  
Orientar dieta alimentar em quantidade, frequência e qualidade  
Orientar sobre atividade sexual na gestação

#### **Responsável**

Enfermeiro  
Enfermeiro

Pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco	Enfermeiro
Realizar avaliação clínico obstétrica	Enfermeiro
Realizar esquema vacinal	Enfermeiro
Solicitar exames conforme o protocolo	Enfermeiro

#### 16.4 Diagnóstico de enfermagem: Gestação /2º trimestre Normal

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Investigar sífilis	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Reforçar as orientações apresentadas no primeiro trimestre de gestação	Enfermeiro
Repetir sorologia para Toxoplasmose se 1º exame negativo e gestante apresentar risco	Enfermeiro
Solicitar Coombs Indireto na 24ª semana para gestante com Rh negativo	Enfermeiro
Solicitar curva glicêmica a partir da 24ª semana até 32ª semana	Enfermeiro
Solicitar parcial de urina /sedimento corado	Enfermeiro

#### 16.5 Diagnóstico de enfermagem: Gestação /3º trimestre Normal

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Investigar sífilis	Enfermeiro
Orientar quanto a sinais de trabalho de parto	Enfermeiro
Orientar a gestante quanto aos seus direitos	Enfermeiro
Orientar a importância da consulta do puerpério e o acompanhamento do lactente	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Reforçar as orientações apresentadas no primeiro e segundo trimestre de gestação	Enfermeiro
Solicitar parcial de urina / sedimento corado	Enfermeiro

#### 16.6 Diagnóstico de enfermagem: Infertilidade

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Investigar a história clínica do casal	Enfermeiro
Orientar acerca de serviços disponíveis na rede	Enfermeiro
Orientar sobre fatores relacionados a infertilidade	Enfermeiro

### 17 NECESSIDADE: *Crescimento e desenvolvimento*

#### 17.1 Diagnóstico de enfermagem: Maturidade feminina adequada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para oficinas e grupos educativos	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus	Enfermeiro
Explicar a importância dos métodos contraceptivos	Enfermeiro
Informar sobre o uso e a troca de absorventes íntimos	Enfermeiro
Oferecer métodos contraceptivos conforme prescrição	Enfermeiro
Orientar higiene corporal e íntima durante o período menstrual	Enfermeiro
Orientar sobre modificações físicas da puberdade	Enfermeiro
Orientar sobre modificações psicológicas, culturais e sociais na puberdade	Enfermeiro
Participar de oficinas e grupos educativos	Usuário
Realizar higiene corporal e íntima conforme orientação	Usuário
Trocar absorventes íntimos sempre que necessário	Usuário
Utilizar contraceptivo conforme prescrição	Usuário
Utilizar preservativo em todas as relações sexuais	Usuário

### **17.2 Diagnóstico de enfermagem: Maturidade masculina adequada**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para oficinas e grupos educativos	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus	Enfermeiro
Explicar a importância dos métodos contraceptivos	Enfermeiro
Oferecer métodos conforme prescrição	Enfermeiro
Orientar sobre higiene corporal e íntima	Enfermeiro
Orientar sobre modificações físicas da puberdade	Enfermeiro
Orientar sobre modificações psicológicas, culturais e sociais na puberdade	Enfermeiro
Participar de oficinas e grupos educativos	Usuário
Realizar higiene corporal e íntima	Usuário
Utilizar preservativo em todas as relações sexuais	Usuário

### **17.3 Diagnóstico de enfermagem: Desenvolvimento fetal adequado**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar a gestante para oficinas educativas	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao desenvolvimento fetal adequado	Enfermeiro
Monitorar e registrar os batimentos cardíacos fetais	Enfermeiro
Monitorar gráfico de peso e idade gestacional	Enfermeiro
Reforçar orientações sobre fases do desenvolvimento fetal durante a gestação	Enfermeiro
Relacionar o peso e altura com a idade gestacional	Enfermeiro

#### 17.4 Diagnóstico de enfermagem: Desenvolvimento fetal inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Relacionar o peso e altura com a idade gestacional	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar	Enfermeiro
Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas	Enfermeiro
Monitorar e registrar os batimentos cardíofetais	Enfermeiro
Monitorar gráfico de peso e idade gestacional	Enfermeiro
Orientar sobre fases do desenvolvimento fetal durante a gestação	Enfermeiro
Reforçar orientações acerca das dúvidas quanto ao desenvolvimento fetal adequado	Enfermeiro

#### 17.5 Diagnóstico de enfermagem: Desenvolvimento da criança adequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Brincar com a criança	Usuário
Conversar com a criança	Usuário
Esclarecer mãe/cuidador sobre as fases do desenvolvimento de acordo com a idade da criança	Enfermeiro
Estimular mãe/cuidador a demonstrar carinho durante os contatos com a criança	Enfermeiro
Reforçar a orientação para mãe/cuidador a conversar com a criança	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

#### 17.6 Diagnóstico de enfermagem: Desenvolvimento da criança inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Brincar com a criança	Usuário
Conversar com a criança	Usuário
Demonstrar carinho à criança durante os cuidados	Usuário
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Esclarecer mãe/cuidador sobre as fases do desenvolvimento de acordo com a idade da criança	Enfermeiro
Estimular a criança a movimentar-se livremente	Usuário
Estimular mãe/cuidador a demonstrar carinho durante os contatos com a criança	Enfermeiro
Investigar a expectativa da mãe/cuidador frente ao desenvolvimento da criança em relação a idade	Enfermeiro
Investigar possibilidade de negligência à criança	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador a conversar com a criança	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro

Retornar no dia e horário agendados Usuário

### 17.7 Diagnóstico de enfermagem: Crescimento da criança adequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Esclarecer a mãe sobre os parâmetros desejados e compatíveis com a idade da criança	Enfermeiro
Investigar hábitos alimentares da família	Enfermeiro
Oferecer leite materno exclusivo até o 6º mês de vida	Usuário
Reforçar as orientações sobre hábitos alimentares	Enfermeiro
Reforçar as orientações sobre aleitamento materno até o 6º mês de vida	Enfermeiro
Registrar os dados antropométricos no gráfico	Enfermeiro
Relacionar peso e altura da criança com a idade	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

### 17.8 Diagnóstico de enfermagem: Desenvolvimento da criança inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Esclarecer mãe/cuidador sobre os parâmetros desejados e compatíveis com a idade da criança	Enfermeiro
Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida	Enfermeiro
Identificar problemas relacionados a alimentação	Enfermeiro
Investigar mudanças no ambiente da criança que influenciam o seu crescimento	Enfermeiro
Investigar sobre atividade física da criança	Enfermeiro
Observar a técnica de amamentação	Enfermeiro
Oferecer leite materno exclusivo até o 6º mês de vida	Usuário
Orientar a mãe sobre a continuidade do aleitamento até os 2 anos	Enfermeiro
Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento mensal na US	Enfermeiro
Parabenizar a criança/mãe por melhora apresentada	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar na data e horário agendados	Usuário
Verificar a necessidade de suplementação alimentar	Enfermeiro

## NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

### *A NECESSIDADE: Segurança*

### A.1 Diagnóstico de enfermagem: Solidão

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para psicologia	Enfermeiro
Incentivar e promover socialização	Enfermeiro
Incentivar participação em grupos de apoio	Enfermeiro
Participar de grupos da Unidade de Saúde ou da comunidade	Usuário
Proporcionar escuta ativa	Enfermeiro
Realizar atividades em grupos comunitários	Usuário
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Reforçar auto-estima	Enfermeiro

### A.2 Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade frente a coleta e resultado de exames

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher o usuário conforme suas necessidades	Enfermeiro
Buscar compreender a expectativa apresentada	Enfermeiro
Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Esclarecer o usuário quanto aos achados em exames	Enfermeiro
Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Estimular a confiança no atendimento prestado	Enfermeiro
Orientar quanto terapêutica medicamentosa	Enfermeiro
Orientar periodicidade do exame	Enfermeiro
Tranqüilizar o usuário durante a realização do procedimento	Enfermeiro
Usar abordagem calma e segura	Enfermeiro

### A.3 Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade na mulher vítima de violência

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Apoiar a mulher vitima de violência	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Encaminhar para grupo de auto-ajuda	Enfermeiro
Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro

### A.4 Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade decorrente do estado de saúde atual

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher o usuário conforme suas necessidades	Enfermeiro
Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente	Enfermeiro

Envolver família/pessoa significativa nos cuidados	Enfermeiro
Esclarecer sobre sintomatologia apresentada	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Estimular a participação em grupos de apoio e lazer	Enfermeiro
Estimular o apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Identificar as causas da ansiedade	Enfermeiro
Identificar fatores precipitantes	Enfermeiro
Incentivar a socialização através de atividades físicas e de lazer	Enfermeiro
Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Orientar quanto à técnicas de relaxamento	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro

### **A.5 Diagnóstico de enfermagem: Negação**

#### **Intervenções**

Buscar compreender a perspectiva apresentada	<b>Responsável</b> Enfermeiro
Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente	Enfermeiro
Discutir sobre experiências atuais	Enfermeiro
Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos	Enfermeiro
Encorajar o diálogo	Enfermeiro
Estimular a participação em grupos de apoio e lazer	Enfermeiro
Identificar fatores precipitantes	Enfermeiro
Identificar habilidades de enfrentamento à situação dual	Enfermeiro
Informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico	Enfermeiro
Oferecer apoio durante a fase de negação	Enfermeiro
Orientar quanto à técnicas de relaxamento	Enfermeiro
Orientar quanto terapêutica medicamentosa	Enfermeiro
Usar abordagem calma e segura	Enfermeiro

### **A.6 Diagnóstico de enfermagem: Tristeza**

#### **Intervenções**

Acolher o usuário conforme suas necessidades	<b>Responsável</b> Enfermeiro
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro
Apoiar o paciente em suas necessidades	Enfermeiro
Encaminhar para grupo de auto – ajuda	Enfermeiro
Encaminhar para grupos educativos	Enfermeiro
Encorajar verbalização, sentimentos, percepções e medos	Enfermeiro
Envolver família/pessoa significativa nos cuidados	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com o paciente	Enfermeiro
Estabelecer vínculo com o paciente	Enfermeiro
Estimular a auto-estima do paciente	Enfermeiro

Estimular a confiança no atendimento prestado	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro

### **A.7 Diagnóstico de enfermagem:** Vergonha presente na mulher vítima de violência

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Apoiar a paciente na resolução de problemas	Enfermeiro
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Assegurar respeito aos direitos da mulher	Enfermeiro
Encorajar verbalização, sentimentos, percepções e medos	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Estimular a auto-estima da paciente	Enfermeiro
Estimular relato de experiência nos grupos de atenção à mulher	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro

### **A.8 Diagnóstico de enfermagem:** Choro da mulher vítima de violência

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro
Conhecer a família	Enfermeiro
Encorajar verbalização, sentimentos, percepções e medos	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Estimular a confiança no atendimento prestado	Enfermeiro

## ***B NECESSIDADE: Liberdade***

### **B.1 Diagnóstico de enfermagem:** Tomada de decisão comprometida

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Estimular a tomada de decisão	Enfermeiro
Estimular a tomada de decisão	Família
Incentivar as potencialidades do paciente	Enfermeiro
Promover a prática da cidadania	Usuário
Promover qualidade de vida nas comunidades	Enfermeiro

### **B.2 Diagnóstico de enfermagem:** Tomada de decisão prejudicada na mulher vítima de violência

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro
Apoiar a paciente na resolução de problemas	Enfermeiro

Assegurar respeito aos direitos da mulher	Enfermeiro
Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro

## ***C NECESSIDADE: Aprendizagem (Educação à saúde)***

### **C.1 Diagnóstico de enfermagem: Processamento de informação limitado**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Avaliar contexto familiar	Enfermeiro
Disponibilizar as informações através de recursos didáticos	Enfermeiro
Estabelecer escuta ativa	Enfermeiro
Estabelecer vínculo entre US, escola e família	Enfermeiro
Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Manter vínculo com o usuário	Enfermeiro
Oferecer as informações de maneira clara e centrada na dúvida presente	Enfermeiro
Participar de oficinas e grupos educativos	Usuário
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia horário agendados	Usuário
Selecionar as informações mais importantes e repassa – las de forma clara para a mulher/família	Enfermeiro

### **C.2 Diagnóstico de enfermagem: Compreensão comprometida**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Disponibilizar as informações de forma gráfica, conforme necessário a compreensão pelo paciente/família	Enfermeiro
Estabelecer escuta ativa	Enfermeiro
Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/ família	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Solicitar visita da equipe para reforçar as orientações recebidas	Enfermeiro

### **C.3 Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento insuficiente**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Disponibilizar as informações através de recursos didáticos	Enfermeiro
Estabelecer vínculo com o usuário	Enfermeiro
Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Estabelecer escuta ativa	Enfermeiro

Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/ família	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário
Solicitar visita da equipe para reforçar as orientações recebidas	Enfermeiro

#### **C.4 Diagnóstico de enfermagem:** Prevenção da gravidez: métodos de barreira

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Monitorar adaptação ao método	Enfermeiro
Orientação quanto uso correto do diafragma	Enfermeiro
Orientação quanto uso correto do preservativo masculino e feminino	Enfermeiro
Orientação quanto as intercorrências do uso do DIU	Enfermeiro
Orientação sobre o uso de método contraceptivo escolhido	Enfermeiro
Reforçar a importância de usar o método combinado	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

#### **C.5 Diagnóstico de enfermagem:** Prevenção da gravidez: métodos cirúrgicos

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Monitorar adaptação ao método	Enfermeiro
Orientação sobre o método contraceptivo escolhido	Enfermeiro
Orientar acerca da participação do parceiro	Enfermeiro
Orientar acerca dos critérios de acesso ao método cirúrgico	Enfermeiro
Solicitar exames conforme protocolo	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

#### **C.6 Diagnóstico de enfermagem:** Prevenção da gravidez: métodos comportamentais

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Esclarecer dúvidas sobre a importância do auto-conhecimento corporal	Enfermeiro
Esclarecer sobre a importância da participação do parceiro	Enfermeiro
Monitorar adaptação ao método	Enfermeiro
Orientação sobre ao uso correto do método	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

## C.7 Diagnóstico de enfermagem: Prevenção da gravidez: métodos hormonais

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Dispensar o contraceptivo	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Monitorar adaptação ao método	Enfermeiro
Orientar o controle de peso e pressão arterial	Enfermeiro
Orientar as possíveis interações com outros medicamentos	Enfermeiro
Orientação sobre ao uso correto do anticoncepcional oral/injetável	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

## *D NECESSIDADE: Gregária*

### D.1 Diagnóstico de enfermagem: Apoio familiar Prejudicado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Auxiliar a reflexão sobre as formas de transmissão e contágio	Enfermeiro
Conscientizar a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e deu tratamento	Enfermeiro
Discutir com a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento	Enfermeiro
Encaminhar a família para grupos de auto-ajuda	Enfermeiro
Esclarecer a família sobre a doença	Enfermeiro
Esclarecer a família sobre o tratamento	Enfermeiro
Investigar o nível de compreensão da família sobre a doença	Enfermeiro
Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença	Enfermeiro
Oferecer folderes educativos	Enfermeiro
Orientar a família sobre a interação medicamentosa com bebidas alcoólicas	Enfermeiro
Reforçar sobre a adesão ao tratamento	Enfermeiro

### D.2 Diagnóstico de enfermagem: Relacionamento Familiar conflituoso

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher o usuário conforme suas necessidades	Enfermeiro
Assegurar respeito aos direitos do usuário	Enfermeiro
Conhecer a família	Enfermeiro
Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Envolver família/pessoa significativa nos cuidados	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas do paciente	Enfermeiro

Estabelecer relação de confiança com o usuário paciente	Enfermeiro
Estimular o paciente/família a procurar ajuda	Enfermeiro
Estimular relatos de experiência nos grupos de atenção a mulher	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitária	Enfermeiro
Levantar suas dificuldades frente a situação relatada	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro

### **D.3 Diagnóstico de enfermagem:** Relacionamento Familiar restabelecido

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Manter vínculo com a família o usuário	Enfermeiro
Estimular o paciente a promover a manutenção das relações familiares	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro

### **D.4 Diagnóstico de enfermagem:** Relacionamento interpessoal comprometido

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para grupos de auto-ajuda	Enfermeiro
Estimular a socialização	Enfermeiro
Estimular atividades físicas e de lazer	Enfermeiro
Identificar as relações sociais do paciente e estilo de vida	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitária	Enfermeiro
Levantar suas dificuldades frente a situação relatada	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro

### **D.5 Diagnóstico de enfermagem:** Vínculo conflituoso

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para grupos de auto-ajuda	Enfermeiro
Estimular o amor próprio	Enfermeiro
Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitária	Enfermeiro
Levantar suas dificuldades frente a situação relatada	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro

### **D.6 Diagnóstico de enfermagem:** Vínculo familiar presente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher o usuário/família em suas necessidades	Enfermeiro
Manter vínculo com a família do usuário	Enfermeiro
Identificar suas necessidades frente à situação presente	Enfermeiro

### D.7 Diagnóstico de enfermagem: Vínculo familiar ausente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher o usuário/família em suas necessidades	Enfermeiro
Conhecer a família	Enfermeiro
Estimular o restabelecimento dos vínculos afetivos	Enfermeiro
Identificar suas necessidades frente à situação presente	Enfermeiro
Levantar suas dificuldades frente a situação relatada	Enfermeiro
Orientar sobre os problemas da família	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro

### D.8 Diagnóstico de enfermagem: Vínculo mãe e filho comprometido

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acionar recursos comunitários	Enfermeiro
Apoiar a paciente em suas necessidades	Enfermeiro
Avaliar a qualidade do cuidado materno	Enfermeiro
Avaliar fatores de risco para a violência ao conceito e ao Recém Nato	Enfermeiro
Brincar com a criança	Usuário
Conhecer a família	Enfermeiro
Conversar com a criança	Usuário
Demonstrar carinho à criança durante os cuidados	Usuário
Despertar o interesse da mãe para o relacionamento com a criança	Enfermeiro
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Favorecer vínculo e proximidade com a paciente para que esta possa expressar suas necessidades	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro

### D.9 Diagnóstico de enfermagem: Vínculo mãe e filho preservado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Apoiar a paciente em suas necessidades	Enfermeiro
Identificar a necessidade de rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Reforçar a importância do vínculo para o desenvolvimento infantil	Enfermeiro
Reforçar orientações sobre o apoio da família na continuidade da relação	Enfermeiro

## ***E NECESSIDADE: Recreação***

### **E.1 Diagnóstico de enfermagem:** Atividade recreativa deficiente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Brincar com a criança	Usuário
Fornecer materiais para atividades recreativas: brinquedos, papéis, lápis de cor, sucatas, etc.	Usuário
Identificar recursos comunitários próximos a residência da criança	Enfermeiro
Limitar o tempo para criança assistir televisão	Usuário
Oferecer recursos comunitários que promovam o lazer	Enfermeiro
Orientar a mãe/cuidador para estímulo de atividades de lazer	Enfermeiro

## ***F NECESSIDADE: Auto-estima***

### **F.1 Diagnóstico de enfermagem:** Auto-estima prejudicada

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Acolher a usuária conforme suas necessidades	Enfermeiro
Apoiar a mulher vítima de violência	Enfermeiro
Encaminhar para atendimento psicológico	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com a paciente	Enfermeiro
Estimular a auto-estima da paciente	Enfermeiro
Estimular a participação em grupos de auto-ajuda	Enfermeiro
Estimular atividade física e de lazer	Enfermeiro
Favorecer o suporte psicológico para enfrentamento da doença	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro

### **F.2 Diagnóstico de enfermagem:** Auto-estima baixa

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Auxiliar a reflexão sobre a interferência da doença na sua vida	Enfermeiro
Encorajar a identificação de pontos fortes e capacidades	Enfermeiro
Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Encorajar o usuário quanto a adesão ao tratamento	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto a situação de saúde atual	Enfermeiro
Estimular a participação e comunicação familiar	Enfermeiro
Incentivar interação social	Enfermeiro
Investigar atitudes e comportamento sexual	Enfermeiro
Investigar indícios de violência psicológica/física	Enfermeiro
Investigar interação social e familiar	Enfermeiro

Investigar uso de álcool/drogas	Enfermeiro
Listar seus pontos fortes e capacidades	Usuário
Participar de grupos de auto ajuda	Usuário
Refletir seu papel na família e sociedade	Usuário
Reforçar os pontos positivos pessoais que o paciente identifica	Enfermeiro

## ***G NECESSIDADE: Participação***

### **G.1 Diagnóstico de enfermagem:** Adaptação/enfrentamento no portador de HIV

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Reforçar orientações sobre a possibilidade do cliente estar em janela imunológica e necessitar de um novo teste	Enfermeiro
Reforçar práticas seguras	Enfermeiro
Orientar o uso correto do preservativo	Enfermeiro

### **G.2 Diagnóstico de enfermagem:** Adaptação/enfrentamento inadequado

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Auxiliar a reflexão sobre seu papel na família e sociedade	Enfermeiro
Auxiliar na reflexão sobre as relações familiares	Enfermeiro
Encorajar a identificação de pontos fortes e capacidades	Enfermeiro
Enfatizar a importância do diálogo e de uma relação positiva e de respeito entre os membros da família	Enfermeiro
Estabelecer vínculo entre US, escola e família	Enfermeiro
Estimular a participação em atividades sociais (ex: gincanas, festas típicas, etc)	Enfermeiro
Freqüentar a escola	Usuário
Identificar com o usuário situações de enfrentamento anteriores e estratégias de superação	Enfermeiro
Orientar a participação em cursos extracurriculares e participação em trabalhos voluntários	Enfermeiro
Orientar a prática de esporte	Enfermeiro
Participar de cursos profissionalizantes	Usuário
Participar de grupos de adolescentes	Usuário
Participar de trabalhos voluntários	Usuário
Praticar esportes	Usuário
Refletir seu papel na família e sociedade	Usuário

### **G.3 Diagnóstico de enfermagem:** Adaptação/enfrentamento ausente

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Dar apoio emocional ao cliente	Enfermeiro

Encaminhar para serviços de apoio	Enfermeiro
Estabelecer um vínculo de confiança, reafirmando a confiabilidade e o sigilo das informações	Enfermeiro

#### **G.4 Diagnóstico de enfermagem: Direito de cidadania limitado**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Apoiar o idoso na busca de benefícios	Enfermeiro Família
Avaliar se possui benefício INSS e passe livre	Enfermeiro Família
Encaminhar para órgãos competentes para solicitação de benefício	Enfermeiro Família
Incentivar participar de grupos de 3º idade	Enfermeiro
Observar as condições do domicílio	Enfermeiro
Proporcionar acesso ao Estatuto do Idoso	Enfermeiro

### ***H NECESSIDADE: Auto-imagem***

#### **H.1 Diagnóstico de enfermagem: Imagem corporal Alterada**

<b>Intervenções</b>	<b>Responsável</b>
Encaminhar para atendimento psicológico	Enfermeiro
Encaminhar para grupo de auto – ajuda	Enfermeiro
Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo	Enfermeiro
Estimular a participação em oficinas	Enfermeiro
Estimular a participação em grupos de auto ajuda	Enfermeiro
Estimular atividade física e de lazer	Enfermeiro
Estimular o autocuidado corporal	Enfermeiro
Estimular o controle da ingestão alimentar	Enfermeiro
Estabelecer escuta ativa	Enfermeiro
Monitorar gráfico de peso e altura	Enfermeiro
Orientar o controle do uso de medicação	Enfermeiro
Orientar sobre fases do desenvolvimento fetal durante a gestação	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Relacionar os fatores desencadeantes das mudanças corporais	Enfermeiro

## FORMULÁRIO DE COLABORAÇÃO

Cientes de que esta nomenclatura é um processo, pensamos que seria de grande valia que os leitores deste livro pudessem cooperar com o Grupo de Sistematização das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, através de sugestões à nossa construção.

Para tanto propomos que enviem suas contribuições para a **Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná** pelo endereço: Rua Dr. Faivre, 1023 4º andar sala 401/402 Centro Curitiba-PR CEP 80.060-140 ou pelo e-mail: [abenpr@abenpr.br](mailto:abenpr@abenpr.br).

Solicitamos que sigam as seguintes instruções:

- a. Aponte qual o tipo de contribuição: termo diagnóstico ou termo intervenção;
- b. Indique se sua colaboração é como sugestão, alteração, correção ou exclusão do termo;
- c. Escreva uma pequena justificativa;
- d. Possibilite-nos uma referência acerca de sua sugestão;
- e. Deixe seus dados para contato.