



Só Enfermagem
www.soenfermagem.net

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

Definições
e Classificação

2007-2008



Diagnósticos
de Enfermagem
da NANDA
2007 / 2008

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

Definições
e Classificação
2007-2008

Tradução:
Regina Machado Garcez

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Jeanne Liliane Marlene Michel
Doutora em Enfermagem

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem
da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros Doutora em Ciências
Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UNIFESP

D536 Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições
e classificação 2007-2008 / North American
Nursing Diagnosis Association; tradução Regina
Machado Garcez. — Porto Alegre: Artmed, 2008
396 p. 20 cm.
ISBN 978-85-363-1124-1
1. Enfermagem. 1. North American Nursing Diagnosis
Association.
CDU 616-083

Catalogação na publicação: Juliana Lagôas Coelho — CRB 10/1798

Obra originalmente publicada sob o título:
NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2007-2008
ISBN 978-09-788924-0-1
Copyright © 2007 NANDA International
All rights reserved.

Portuguese-language translation copyright © 2008,
Artmed Editora.
All rights reserved.

Capa
Joaquim da Fonseca
Preparação do original
Alessandra Bittencourt Flach
Leitura final
Priscila Michel Porcher
Supervisão editorial
Claudia Bittencourt
Projeto gráfico e editoração eletrônica
Armazém Digital Editoração Eletrônica - Roberto Carlos Moreira Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana
CEP:90040-340 - Porto Alegre RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Angélica, 1091 — Higienópolis
CEP: 01227-100 São Paulo SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL

APRESENTAÇÃO À EDIÇÃO BRASILEIRA

É com enorme prazer que apresentamos a versão brasileira da edição 2007-2008 da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, pois pela primeira vez o seu processo de contínuo aperfeiçoamento incluiu contribuições de enfermeiras brasileiras, que submeteram e tiveram aceitas revisões de dois diagnósticos: Padrões de Sexualidade Ineficazes e Disfunção Sexual.

Essas contribuições são produto de estudos desenvolvidos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP e constituem uma confirmação de que a pesquisa nas classificações de enfermagem está crescendo no Brasil, e os frutos dessa produção estão sendo cada vez mais reconhecidos e valorizados internacionalmente.

As linguagens padronizadas são ferramentas de trabalho que vêm se inserindo rapidamente na prática da enfermagem em todo o mundo e necessitam deste esforço conjunto de pesquisadores no sentido de seu desenvolvimento e aprimoramento.

Enfatizamos também a importância de termos um número cada vez maior de representantes de nosso país associados à NANDA-I, pois isso lhes permitirá participar efetivamente do processo de discussão e aprovação de novos diagnósticos e revisões submetidos a avaliação. As instruções para tornar-se um membro da associação podem ser encontradas no final deste livro ou no site www.nanda.org.

Como vem acontecendo a cada nova edição, o trabalho de revisão da tradução leva a uma cuidadosa releitura que nos faz refletir sobre pequenos detalhes, complementados por sugestões de colegas, de maneira que o texto em português também vai sofrendo um refinamento, independentemente da evolução da classificação em si. Acreditamos que isso contribui, também, para torná-la cada vez mais útil para a enfermagem brasileira.

Mais uma vez, solicitamos aos leitores que nos encaminhem suas dúvidas, críticas e sugestões, através do e-mail: jeanne@denf.epm.br, para que possamos melhorar cada vez mais esse trabalho.

Jeanne Liliane Marlene Michel
Alba Lúcia Bottura Leite de Barros

PREFÁCIO

A edição de Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008 traz a maior quantidade de revisões e acréscimos de diagnósticos de enfermagem à taxonomia da NANDA International em muitos anos. E com prazer que anunciamos o acréscimo de 15 novos diagnósticos, bem como 26 diagnósticos revisados. Os novos diagnósticos refletem uma ênfase na promoção da saúde e incluem dois diagnósticos com foco na comunidade: Contaminação e Risco de Contaminação. Quatro das revisões aceitas foram enviadas por pessoas de fora dos Estados Unidos (Brasil e Canadá), o que reflete a crescente internacionalização da terminologia dos diagnósticos de enfermagem. O Conselho de Diretores continua a encorajar a participação de todos os países, a fim de possibilitar a contínua utilização e aplicabilidade global da terminologia dos diagnósticos de enfermagem.

Você perceberá que, nesta edição, quase todos os diagnósticos apresentam algumas mudanças em suas características definidoras e em seus fatores relacionados ou de risco. Os conceitos não mudaram, mas, para facilitar a codificação, foram separados e/ou condensados, na medida em que começamos a utilizar a mesma palavra para definir conceitos (p. ex., “dispnéia”, em vez de “falta de ar”). Iniciamos esse trabalho nesta edição e antecipamos que continuaremos a aperfeiçoar os diagnósticos na próxima. Solicitamos que continuem conosco enquanto concluímos esse projeto tão importante. Cabe lembrar que nossa linguagem está se expandindo e se modificando ao mesmo tempo em que nossos conhecimentos progridem.

Outra mudança nesta edição é a inclusão de informações sobre o uso e a aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem na educação, informática, pesquisa e administração em enfermagem. São informações oferecidas como uma breve introdução acerca da importância dos diagnósticos de enfermagem para cada uma dessas áreas fundamentais na enfermagem profissional, principalmente devido ao aumento do interesse manifestado pelas pessoas nessas áreas, que começam a perceber a necessidade de enxergar além da aplicabilidade clínica mais óbvia dos diagnósticos de enfermagem.

Em virtude do aumento, da conscientização quanto à necessidade de uma linguagem de enfermagem padronizada para nomear o que os enfermeiros fazem, a fim de permitir que sua presença seja captada e seus efeitos mensurados por meio de sistemas de informação, queremos encorajar aqueles que, atualmente, não são membros da NANDA International a se unirem à nossa organização. E mais - a trazerem um colega, aluno, administrador, enfermeiro que trabalha com informática! Todos os nossos pacientes serão beneficiados com a sabedoria das vozes de enfermeiros de inúmeras áreas de atuação e de diferentes formações. No final deste livro há um convite para juntar-se à NANDA International.

E importante observar que muitos diagnósticos revisados e novos surgiram como consequência direta do aumento da atividade dos membros do Comitê de Revisão de Diagnósticos (DRC - Diagnosis Review Committee). Quase metade (12) dos diagnósticos revisados e dois dos novos foram desenvolvidos por membros desse comitê em resposta ao chamado do Conselho de Diretores para um papel proativo, além do papel já tradicional de revisar o material enviado. Antecipamos que esse tipo de atividade continuará, uma vez que o DRC, na nova estrutura de comando da NANDA International, passará a Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos. É importante, porém, enfatizarmos que esses diagnósticos seguem o mesmo padrão dos diagnósticos

enviados por qualquer pessoa. Todo diagnóstico deve ter o apoio claro de evidências de pesquisas; essas evidências são indicadas pelo número de Nível de Evidência (NE) designado a cada diagnóstico novo e revisado, a fim de mostrar o exato alcance da evidência científica subjacente.

Uma vez mais, apresentamos os diagnósticos em ordem alfabética por conceito diagnóstico. Recebemos algumas manifestações de preocupação de membros da comunidade global indicando que essa forma nem sempre é útil aos usuários que não falam inglês; pedimos desculpas por isso. Até agora, no entanto, não identificamos outro método de organização dos diagnósticos que tenha concordância universal. Recomendações que tornem este livro mais fácil de utilizar no futuro são bem-vindas.

Este livro não seria possível sem o compromisso contínuo de Margo Neal, editora administrativa do livro. Agradeço a ela pela vontade de manter esse trabalho e por possibilitar a publicação do livro. Minha gratidão sincera aos membros do comitê editorial, que, com trabalho árduo, também possibilitaram a publicação desta edição. Por fim, meu agradecimento a todos os que desenvolveram e enviaram diagnósticos e/ou revisões à NANDA International para a presente edição e para as anteriores. Sem sua dedicação à tarefa de padronizar a linguagem da enfermagem, nada haveria a ser publicado. Saltamos de 172 para 187 diagnósticos nesta edição; isso, no entanto, não é suficiente para descrever a riqueza da prática da enfermagem.

Gostaria de lançar um desafio a todos e a cada um em especial, no sentido de se comprometerem a desenvolver e submeter uma revisão ou um novo diagnóstico ao Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA International ao longo do novo ciclo de dois anos. Você é capaz de imaginar quanto mais representativa seria a taxonomia da prática da enfermagem se cada um de nós aceitasse esse desafio? Pense naquele diagnóstico fundamental que você sempre lamentou não existir e desenvolva-o. Ou escolha um diagnóstico que necessite de uma atualização, aperfeiçoe-o e envie! Faça contato com Leann Scroggins, Presidente do Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos, para obter um mentor, que o orientará ao longo desse processo (o contato poderá ser feito pelo site da NANDA International). Ou, então, acesse www.nlinks.org e utilize os recursos disponibilizados para o desenvolvimento da análise de seu conceito. As diretrizes para o envio para análise são apresentadas no final deste livro e estão disponíveis no site: WWW.nanda.org. O que você está esperando? Há muito a fazer, e você é a pessoa certa para a tarefa — esperamos com ansiedade o envio de seu material ao Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA International.

T. Heather Herdman, PhD, RN
Presidente da NANDA International

NOVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 2007 - 2008

Contaminação

Laura Polk, DNSc, RN

Pauline Green, PhD, RN

Disposição para Aumentar o Poder de Decisão

Disposição para Aumento do Estado de Imunização

Disposição para Aumento da Esperança

Disposição para Aumento da Tomada de Decisão

Disposição para Aumento do Autocuidado

Margaret Lunney, PhD, RN

Roberta Cavendish, PhD, RN, CPN

Barbara Kraynyak Luise, EdD, RN

Kathryn Richardson, MA, RN

Disposição para Aumento do Conforto

Incontinência Urinária por Transbordamento

Geralyn Meyer, PJID, RN

Risco de Dignidade Humana Comprometida

Susan Rosenberg, MSN, RN CNRN, CHI

Risco de Confusão Aguda

Peggy Stimpert, MSN, RN

Risco de Contaminação

Laura Polk, DNSC, RJ

Pauline Green, PhD, RN

Risco de Função Hepática Prejudicada

Kathryn White, BSN, MT RN

Risco de Glicemia Instável

Janice Denehy, PhD, RN

Sobrecarga de Estresse

Margaret Lunney, PhD, RN

Sofrimento Moral

Lisa Burkhardt, PhD, MPH, RN

Beverly Kopala, PhD, RN

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REVISADOS, 2007 - 2008

Ansiedade Relacionada à Morte

Amor Aradilla, MS, RN

Lidia Fernández, MS, RN

Pilar Fernández, MS, RN

Joaquín Tomás, PhD, RN

Capacidade de Transferência Prejudicada

Meridean Maas, PhD, RN, FAAN

Comportamento de Saúde Propenso a Risco (anteriormente denominado “Adaptação Prejudicada”)

Micky Gonzales, MSN, NP-C

Conflito de Decisão

Lisa Burkhardt, PhD, RN

Beverly Kopala, PhD), RN

Confusão Aguda

Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos

Deambulação Prejudicada

Disfunção Sexual

Alexandra Souza Meio, PhD, RN

Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN

Nilza Tereza Rotter Pelá, PhD, RN

Eliminação Urinária Prejudicada

Lynda Carpenito-Moyet, MSN, RN, CRNP

Incontinência Urinária de Esforço

Geralyn Meyer, PhD, RN

Incontinência Urinária de Urgência

Geralyn Meyer, PhD, RN

Insônia (anteriormente denominada “Padrão de Sono Perturbado”)

Aleita White, MSN, RN

Mobilidade com Cadeira de Rodas Prejudicada

Meridean Maas, PhD, RN, FAAN

Mobilidade no Leito Prejudicada

Negação Ineficaz

Lina Rahal, MEd, RN

Vivianne Saba, MSN, RN

Negligência Unilateral

Ibtihal Almakhzoomy, MSN, RN

Lina Rahal, MEd, RN

Danielle Schmooth, MEd, RN

Genevieve Lefrancois, MSN, RN

Padrão Ineficaz de Alimentação do Bebê

Lynda Carpenito-Moyet, MSN, RN, CRNP

Padrões de Sexualidade Ineficazes

Alexandra Souza Meio, PhD, RN

Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN

Nilza Tereza Rotter Pelá, PhD, RN
Pesar (anteriormente denominado “Sentimento de Pesar Antecipado”)
T. Heather Herdman, PhD, RN
Pesar Complicado (anteriormente denominado “Sentimento de Pesar Disfuncional”)
T. Heather Herdman, PhD, RN
Recuperação Cirúrgica Retardada
Susan Kleinbeck, PhD, RN, CNOR
Resposta Alérgica ao Látex
Susan Kleinbeck, PhD, RN, CNOR
Risco de Envenenamento
Laura Polk, DNSc, RN
Pauline Green, PhD, RN
Risco de Lesão Perioperatória por Posicionamento
Susan Kleinbeck, PhD, RN, CNOR
Risco de Pesar Complicado (anteriormente denominado “Risco de Sentimento de Pesar Disfuncional”)
T. Heather Herdman, PhD, RN
Risco de Resposta Alérgica ao Látex
Susan Kleinbeck, PhD, RN CNOR
Risco de Solidão
Lynda Carpenito-Moyet, MSN, RN, CRNP

SUMÁRIO

Introdução.....	17
Como Utilizar Este Livro	17
Diretrizes da NANDA para Permissão de Copyright	19
Parte 1 - Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International 2007-2008	21
Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International com Definições, Características Definidoras ou Fatores de Risco e Fatores Relacionados	
Parte 2 - Taxonomia II, 2007-2008	289
História do Desenvolvimento da Taxonomia II	291
Estrutura da Taxonomia II	293
O Sistema Multiaxial	308
Definições dos Eixos	310
Construção de uma Declaração Diagnóstica de Enfermagem	316
A Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem	318
Diagnósticos de Enfermagem Aceitos para Desenvolvimento	320
Desenvolvimento Adicional da Taxonomia II	320
Figura 2.1 Domínios e Classes da Taxonomia II	295
Figura 2.2 O Modelo de Terminologia Referencial ISO para um Diagnóstico de Enfermagem	307
Figura 2.3 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International	308
Figura 2.4 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International: Enfrentamento Ineficaz	316
Figura 2.5 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International:	

Risco de Paternidade/Maternidade Prejudicada — Adolescente	317
--	-----

Figura 2.6 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International:	
Disposição para Enfrentamento Familiar Aumentado	318
Tabela 2.1 Taxonomia II: Domínios, Classes e Diagnósticos	297
Tabela 2.2 Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem: Localização dos	
Diagnósticos de Enfermagem	321
Parte 3 - Diagnósticos de Enfermagem:	
Aplicações e Normas para Submissão, 2007-2008	333
Diagnósticos de Enfermagem na Educação	335
Martha Craft-Rosenberg, PhD, RN, FAAN	
Kelly Smith, MSN, RN	
O Valor dos Diagnósticos de Enfermagem	
nos Registros Eletrônicos de Saúde	341
Jane Brokel, PhD, RN	
Crystal Heath, MSN, RN	
Diagnósticos de Enfermagem e Pesquisa	349
Margaret Lunney, PhD, RN	
Diagnósticos de Enfermagem na Administração	357
Dickon Weir-Hughes, EDD, RN, FRSN	
Diretrizes para Submissão de Diagnósticos da	
NANDA International	365
Glossário	377
Conselho de Diretores da NANDA International	381
Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da	
NANDA International	381
Comitê de Taxonomia da NANDA International	381
Convite para Juntar-se à NANDA International	383
Solicitação de Inscrição como Membro da	
NANDA International	387
Índice	389

INTRODUÇÃO

Este livro é dividido em três partes. A Parte 1 inclui o conteúdo tradicional dos livros anteriores de Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - os diagnósticos, que estão listados em ordem alfabética pelo conceito diagnóstico, e não pela primeira palavra. Assim, se você estiver procurando “mobilidade com cadeira de rodas prejudicada”, irá encontrá-la em “mobilidade”, e não em “cadeira de rodas” ou “prejudicada”.

A Taxonomia II divide os diagnósticos em eixos (ver a Parte 2 para uma explicação detalhada). A Parte 2 descreve a estrutura da Taxonomia II e como ela foi desenvolvida. A Figura 2.1 demonstra os Domínios e Classes da Taxonomia II a Tabela 2.1 mostra a Taxonomia II: Domínios, Classes e Diagnósticos, e a Tabela 2.2 apresenta a Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem: Localização dos Diagnósticos de Enfermagem.

A Parte 3 inclui informações sobre como os diagnósticos de enfermagem são usados nas áreas de administração, educação, informática e pesquisa. Essa parte contém ainda as normas para submissão de diagnóstico, um modelo de processo para recorrer da decisão, o Comitê de Desenvolvimento, um glossário, uma lista dos membros do Conselho de Diretores da NANDA International e dos Comitês de Taxonomia e Desenvolvimento de Diagnósticos, um convite para juntar-se à NANDA International e o índice.

COMO UTILIZAR ESTE LIVRO

Conforme referido, os diagnósticos de enfermagem estão listados em ordem alfabética pelo conceito diagnóstico. Por exemplo, Intolerância à Atividade está listada na letra “A” porque atividade é o conceito diagnóstico. De maneira similar, Processos Familiares Interrompidos está em “F” porque familiar é o conceito diagnóstico.

Esperamos que a organização de Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008 o tenha tornado eficiente e eficaz para o uso. Todo feedback é bem-vindo. Se você tiver sugestões, por favor, envie-as para nós pelo site da NANDA International (<http://wwwnanda.org>) ou ligue para nosso escritório, no número 800.647.9002.

DIRETRIZES DA NANDA PARA PERMISSÃO DE *COPYRIGHT*

Os materiais apresentados neste livro têm direitos autorais, e a ele se aplicam todas as leis dos direitos autorais. As situações que exigem aprovação e/ou taxas de direito autoral são listadas a seguir.

1. Um autor ou editora solicita o uso de toda a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem em um livro-texto ou em outro manual de enfermagem a ser vendido.
2. Um autor ou editora solicita o uso apenas da lista de diagnósticos de enfermagem, sem definições ou características definidoras.
3. Um autor ou empresa solicita o uso da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem em um material audiovisual.
4. Um criador de software ou um fabricante de registros computadorizados do paciente solicita o uso da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem em um programa.
5. Um curso de enfermagem, pesquisador, organização profissional ou organização de cuidados de enfermagem solicita o uso da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem em um programa.

Enviar todas as solicitações de permissão a:
NÁNDA International 100 N. 2Oth Street/4th Floor
Philadelphia, PA 19103, USA
Telefone: 800.647.9002/215.545.8105
fax: 215.564.2175
e-mail: info@nanda.org
site: www.nanda.org

PARTE 1

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA
NANDA INTERNATIONAL
2007-2008**

A

Capacidade ADAPTATIVA intracraniana diminuída (1994)

p. 23

Definição:

Os mecanismos da dinâmica dos fluidos intracranianos, que normalmente compensam os aumentos de volumes intracranianos, estão comprometidos, resultando em repetidos aumentos desproporcionais na pressão intracraniana em resposta a uma variedade de estímulos nocivos e não nocivos.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aumento desproporcional da PIC após um estímulo;• Curva P₂ da PIC elevada;• Curvas de PIC com grande amplitude;• Pressão intracraniana (PIC) basal ≤ 10 mmHg | <ul style="list-style-type: none">• Repetidos aumentos > 10 mmHg, por mais de cinco minutos, após algum estímulo externo;• Variação no teste de resposta volume-pressão (proporção volume-pressão = 2, índice de volume-pressão < 10); |
|--|---|

Fatores Relacionados

Aumento sustentado na PIC = 10 – 15 mmHg; Hipotensão sistêmica com hipertensão intracraniana;	Lesões cerebrais; Perfusão cerebral diminuída ≤ 50 - 60 mmHg;
--	--

Resposta ALÉRGIA ao látex (1998, 2006, NE 2.1)

p. 24

Definição:

Reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural.

Características Definidoras

Reações com risco de morte que ocorrem em menos de uma hora após exposição às proteínas do látex <ul style="list-style-type: none">• Aperto no peito;• Broncoespasmo;• Dispnéia;• Edema de garganta;• Edema de lábios;• Edema de língua;• Edema de úvula;• Hipotensão;• Parada cardíaca;• Parada respiratória;• Sibilos;• Síncope;• Urticária de contato, progredindo para sintomas generalizados;	<ul style="list-style-type: none">• Lacrimejamento;• Prurido facial;• Prurido nasal;• Prurido nos olhos;• Prurido oral;• Rinorréia; Características gastrintestinais <ul style="list-style-type: none">• Dor abdominal;• Náuseas; Características generalizadas <ul style="list-style-type: none">• Agitação;• Desconforto generalizado;• Edema generalizado;• Queixa progressiva de calor em todo o corpo;• Rubor; Reações do tipo IV que ocorrem mais de uma hora após exposição às proteínas do látex <ul style="list-style-type: none">• Desconforto causado por reação a aditivos (p. ex., thiuram, carbamatos);• Eczema;
Características orofaciais <ul style="list-style-type: none">• Congestão nasal;• Edema de esclera;• Edema de pálpebras;• Eritema facial;	

• Eritema nasal;	• Irritação;
• Eritema nos olhos;	• Vermelhidão;
Fatores Relacionados	
Hipersensibilidade às proteínas da borracha do látex natural;	
Referências	
American Society of Anesthesiologists. (2005). Natural rubber látex allergy: Considerations for anesthesiologists (a practice guideline). Park Ridge, IL: Author.	
AORN. (2004). AORN latex guideline. In AORN standards, recommended practices and guidelines (pp. 103-118). Denver, CO: Author.	
Sussman, G. L. (2000). Latex allergy: An overview. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology, 5, 317-321.	

Risco de resposta ALÉRGIA ao látex (1998, 2006, NE 2.1)	p. 26
Definição:	
Reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural.	
Fatores de Risco	
• Alergia a abacate; • Alergia a banana; • Alergia a castanhas; • Alergia a frutas tropicais; • Alergia a kiwi; • Alergia à planta <i>poinsettia</i> *; • Historia de alergia;	• Historia de asma; • Historia de reações ao látex; • Procedimento cirúrgicos múltiplos, especialmente na infância; • Profissões que sofrem exposição diária ao látex;
Referências	
American Society of Anesthesiologists. (2005). Natural rubber látex allergy: Considerations for anesthesiologists (a practice guideline). Park Ridge, IL: Author.	
AORN. (2004). AORN latex guideline. In AORN standards, recommended practices and guidelines (pp. 103-118). Denver, CO: Author.	
Sussman, G. L. (2000). Latex allergy: An overview. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology, 5, 317-321.	
* N. de T.: Planta conhecida popularmente como “flor-de-são-jão” ou “bico-de-papagaio”	

Padrão ineficaz de ALIMENTAÇÃO do bebê (1992, 2006, NE 2.1)	
P. 27	
Definição:	
Capacidade prejudicada de um bebê de sugar ou de coordenar a resposta sucção-deglutição, resultando em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas.	
Características Definidoras	
• Incapacidade de coordenar a sucção, deglutição e a respiração; • Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz;	• Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz;
Fatores Relacionados	
Anormalidade anatômica; Estado de jejum oral prolongado	Prematuridade Prejuízo neurológico

Hipersensibilidade oral	Retardo neurológico
Referências	<p>Hazinski, M. F. (1992). Nursing care of the critically ill child. St. Louis, MO: Mosby.</p> <p>Shaker, C. S. (1991). Nipple feeding premature infants: A different perspective. <i>Neonatal Network: the Journal of Neonatal Nursing</i>, 8(5), 9-17.</p> <p>Vandenberg, K. (1990). Nippling management of the sick neonate in the NICU: The disorganized feeder. <i>Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing</i>, 9(1), 9-16.</p>

AMAMENTAÇÃO eficaz (1990)		P. 28
Definição:		
Binônimo mãe-filho/família demonstram adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • A criança está satisfeita após a mamada; • A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de preensão da região areolar-mamilar bem-sucedida; • Avidez da criança para ser amamentada; • Deglutição no peito regular e continua; • Padrão de peso da criança apropriado para a idade; 		<ul style="list-style-type: none"> • Padrões de eliminação da criança adequados para a idade; • Padrões eficazes de comunicação mãe-filho; • Sinais de liberação de ocitocina; • Sintomas de liberação de ocitocina; • Sucção no peito regular e contínua; • Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação;
Fatores Relacionados		
Confiança materna; Conhecimento básico sobre amamentação; Estrutura mamária normal; Estrutura oral da criança normal;		Fonte de apoio; Idade gestacional da criança de amamentação superior a 34 semanas;

AMAMENTAÇÃO ineficaz (1988)		P. 29
Definição:		
Insatisfação ou dificuldade que mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de resposta a outras medidas de conforto; • Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina; • Criança chora ao ser posta no peito; • Criança exibe agitação na primeira hora após a amamentação; • Criança exibe agitação na primeira hora após a amamentação; • Criança se arqueia no peito; • Descontinuidade da sucção na mamada; • Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; 		<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente; • Oportunidade insuficiente de sugar o peito; • Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; • Processo de amamentação insatisfatório; • Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca; • Sinais observáveis de ingestão inadequada pela criança;

	<ul style="list-style-type: none"> • Suprimento de leite inadequado percebido; • Suprimento inadequado de leite.
Fatores Relacionados	
Ambivalência materna; Anomalia do bebê; Anomalia do peito materno; Ansiedade materna; Cirurgia prévia de mama; Criança recebe alimentação suplementar com mamadeiras;	Déficit de conhecimento família não oferece apoio; História prévia de fracasso na amamentação; Interrupção na amamentação; Parceiro não oferece apoio; Prematuridade; Reflexo de succão da criança insatisfatório;

AMAMENTAÇÃO interrompida (1992)

P. 31

Definição:

Quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar a criança no peito para mamar.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • A criança não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas; • Desejo da mãe de eventualmente oferecer seu leite para atender às necessidades nutricionais do bebê/criança; • Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais do bebê/criança; | <ul style="list-style-type: none"> • Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho; • Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno; • Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno; • Separação entre mãe e filho. |
|--|---|

Fatores Relacionados

Contra indicações à amamentação; Doença da criança; Doença da mãe;	Emprego materno; Necessidade de desmamar abruptamente a criança; Prematuridade;
--	---

ANSIEDADE (1973, 1982, 1998)

P. 32

Definição:

Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhada por resposta autonômica (a fonte é frequente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Características Definidoras

Comportamentais	Simpáticas
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação; • Insônia; • Movimento pouco comuns; • Nervosismo; • Observação atenta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia; • Aumento da pressão sanguínea; • Boca seca; • Contração muscular; • Diarréia;

<ul style="list-style-type: none"> • Olhar em torno; • Pouco contato visual; • Preocupações expressas em razão de mudanças em eventos da vida; • Produtividade diminuída; • Vigilância; <p>Afetivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aflito; • Angústia; • Ansioso; • Assustado; • Cautela aumentada; • Desamparo aumentado e persistente; • Excessivamente excitado; • Foco em si mesmo; • Incerteza; • Irrequieto; • Irritabilidade; • Nervoso; • Pesaroso; • Preocupado; • Receoso; • Sentimentos de inadequação; <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da tensão; • Estremecimentos; • Respiração aumentada; • Tensão facial; • Tremor; • Tremores das mãos; • Voz trêmula; • Diarréia; • Dor abdominal; • Fadiga; • Formigamento nas extremidades; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade respiratórias; • Dilatação pupilar; • Excitação cardiovascular; • Fraqueza; • Palpitação; • Pulso aumentado; • Reflexos aumentados; • Respiração aumentada; • Rubor facial; • Vasoconstrição superficial; <p>Parassimpáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequência urinária; • Hesitação urinária; • Náusea; • Perturbações do sono; • Pressão sanguínea diminuída; • Pulso diminuído; • Tontura; • Urgência urinária <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção prejudicada; • Bloqueio de pensamento; • Campo de percepção diminuído; • Capacidade diminuída de solucionar problemas; • Capacidade diminuída para aprender; • Confusão; • Consciência dos sintomas fisiológicos; • Dificuldade para concentrar-se; • Esquecimento; • Medo de consequência inespecíficas; • Preocupação; • Ruminação; • Tendência a culpar outros;
<p>Fatores Relacionados</p> <p>Abuso de substância;</p> <p>Ameaça:</p> <ul style="list-style-type: none"> - à função do papel; - à situação econômica; - ao ambiente; - ao estado de saúde; - ao status do papel; - aos padrões de interação <p>Ameaça ao autoconceito;</p> <p>Ameaça de morte;</p>	<p>Associação familiar;</p> <p>Conflito inconsciente quanto a metas de vida;</p> <p>Conflito inconsciente quanto a valores essenciais da vida;</p> <p>Contágio interpessoal;</p> <p>Crises maturacionais;</p> <p>Crises situacionais;</p> <p>Estresse;</p> <p>Exposição a toxinas;</p> <p>Hereditariedade;</p> <p>Mudança:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - na função do papel; - na situação econômica; - no ambiente; - no estado de saúde; - no status do papel; - nos padrões de interação; <p>Necessidade não-satisféitas; Transmissão interpessoal;</p>
--	--

ANSIEDADE relacionada à morte (1998, 2006NE 2.1)

P. 35

Definição:

Sensação desagradável e vaga de desconforto ou receio gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginário à própria existência.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre as pessoas significativas; • Relatos de medo de desenvolver doença terminal; • Relatos de medo d dor relacionada ao morrer; • Relatos de medo de morte prematura; • Relatos de medo de perda de capacidade mental quando estiver morrendo; • Relatos de medo de sofrimento ao morrer; | <ul style="list-style-type: none"> • Relatos de medo de um processo de morrer prolongado; • Relatos de medo do processo de morrer; • Relatos de pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer; • Relatos de preocupação com a sobrecarga de trabalho do cuidador; • Relatos de sentimento de impotência quanto ao processo de morrer; • Relatos de tristeza profunda. |
|---|--|

Fatores Relacionados

Antecipação de dor; Antecipação de consequências adversas de anestesia geral; Antecipação do impacto da própria morte sobre os outros; Confronto da realidade de doença terminal; Discussões sobre o assunto “morte”; Experiência de quase-morte;	Experiência do processo de morrer; Incerteza quanto à existência de um poder maior; Incerteza quanto a um encontro com um poder maior; Incerteza quanto à vida após a morte; Incerteza quanto ao prognóstico; Não-aceitação da própria mortalidade; Observações relacionadas à morte; Percepção da proximidade da morte;
--	---

Referências

- | |
|--|
| Abdel-Khalek, A., & Tomàs-Sábado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. <i>Death Studies</i> , 29, 157-169.
Bay, E., & Algase, D. (1999). Fear and anxiety: A simultaneous concept analysis. <i>Nursing diagnosis</i> , 10, 103-11.
Kastenbaum, R. (1992). <i>The psychology of death</i> . New York: The Guliford Press. |
|--|

Risco de ASPIRAÇÃO (1998)**P. 37****Definição:**

Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.

Fatores Relacionados

Administração de medicação	Presença de sonda endotraqueal
Alimentação por sondas	Presença de traqueostomia
Cirurgia de pescoço	Pressão intragástrica aumentada
Cirurgia facial	Reflexos de tosse diminuídos
Cirurgia oral	Reflexos de vômito diminuídos
Deglutição prejudicada	Resíduo gástrico aumentado
Esfíncter esofágico inferior incompetente	Situações que impedem a elevação da parte superior do corpo
Esvaziamento gástrico retardado	Trauma de pescoço
Fixação cirúrgica dos maxilares	Trauma facial
Motilidade gastrintestinal diminuída	Trauma oral
Nível de consciência reduzido	Tubos gastrintestinais

Intolerância à ATIVIDADE (1982)**P. 38****Definição:**

Risco de ter energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.

Fatores Relacionados

Estado de não-condicionamento físico	Presença de problemas circulatórios
História prévia de intolerância	Presença de problemas respiratórios
Inexperiência com a atividade	

Disposição para AUTOCONCEITO (2002, NE 2.1)**P. 40****Definição:**

Um padrão de percepções ou idéias sobre si mesmo que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado.

Características Definidoras

<ul style="list-style-type: none">• Aceita suas limitações• Aceita suas qualidades• As ações são coerentes com a expressão verbal• Expressa confiança em suas capacidades• Expressa desejo de melhorar o autoconceito• Expressa satisfação com a identidade pessoal	<ul style="list-style-type: none">• Expressa satisfação com a imagem corporal• Expressa satisfação com a sensação de valor• Expressa satisfação com o desempenho de papéis• Expressa satisfação com suas opiniões sobre si mesmo
--	---

Déficit no AUTOCONCEITO para alimentação (1980, 1998)**P. 41****Definição:**

Características Definidoras	
•	•
Fatores Relacionados	
E	I

Disposição para AUTOCONCEITO (2002, NE 2.1)	
P. 42	
Definição:	
Incapacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de abrir recipientes • Incapacidade de completar uma refeição • Incapacidade de engolir alimentos • Incapacidade de ingerir alimentos de forma segura • Incapacidade de ingerir alimentos de maneira socialmente aceitável • Incapacidade de ingerir alimentos suficientes • Incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de manipular alimentos na boca • Incapacidade de manusear utensílios • Incapacidade de mastigar alimentos • Incapacidade de pegar alimentos com utensílios • Incapacidade de pegar xícara ou copo • Incapacidade de preparar alimentos para ingestão • Incapacidade de utilizar artefatos auxiliares
Fatores Relacionados	
Ansiedade grave Barreiras ambientais Cansaço Desconforto Diminuição de motivação Dor	Fraqueza Prejuízo cognitivo Prejuízo neuromuscular Prejuízo perceptivo Prejuízos musculoesqueléticos

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala funcional padronizada.

Déficit no AUTOCUIDADO para banho/higiene (1980, 1998)	
P. 42	
Definição:	
Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de acessar o banheiro • Incapacidade de lavar o corpo • Incapacidade de obter a fonte de água 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de pegar os artigos para o banho • Incapacidade de regular a água do banho • Incapacidade de secar o corpo
Fatores Relacionados	
Ansiedade grave Barreiras ambientais Diminuição de motivação Dor Fraqueza	Incapacidade de perceber uma parte do corpo Prejuízo cognitivo Prejuízo musculoesquelético Prejuízo neuromuscular

Incapacidade de perceber a relação espacial	Prejuízo perceptivo
---	---------------------

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala funcional padronizada.

Déficit no AUTOCUIDADO para higiene íntima (1980, 1998)	P. 43
Definição: Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima por si mesmo.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou cadeira higiênica; • Incapacidade de dar descarga no vaso sanitário ou na cadeira higiênica; • Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de levantar do vaso sanitário ou da cadeira higiênica; • Incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima; • Incapacidade de sentar-se no vaso sanitário ou na cadeira higiênica;
Fatores Relacionados	
Ansiedade grave Barreiras ambientais Cansaço Capacidade de transferência prejudicada Dor Estado de mobilidade prejudicada	Fraqueza Motivação diminuída Prejuízo cognitivo Prejuízo musculoesquelético Prejuízo neuromuscular Prejuízo perceptivo

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala funcional padronizada.

Déficit no AUTOCUIDADO para vestir/arrumar-se (1980, 1998)	P. 44
Definição: Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários; • Capacidade prejudicada de fechar peças de vestuário; • Capacidade prejudicada de obter artigos de vestuário; • Capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessários; • Incapacidade de calçar meias; • Incapacidade de calçar sapatos; • Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo; • Incapacidade de escolher as roupas; • Incapacidade de manter a aparência em um nível satisfatório; • Incapacidade de pegar as roupas; • Incapacidade de tirar as roupas; • Incapacidade de usar zíperes; • Incapacidade de utilizar dispositivos auxiliares;
Fatores Relacionados	
Ansiedade grave Barreiras ambientais Desconforto Dor	Motivação diminuída Prejuízo cognitivo Prejuízo musculoesquelético Prejuízo neuromuscular

Fadiga Fraqueza	Prejuízo perceptivo
--------------------	---------------------

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala funcional padronizada.

Disposição para aumento do AUTOCUIDADO (2006, NE 2.1)	P. 45
Definição: Um padrão de realização de atividades para si mesmo que ajuda a atingir as metas relativas à saúde e pode ser aumentado.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de aumentar a independência na manutenção da saúde; • Expressa desejo de aumentar a independência na manutenção da vida; • Expressa desejo de aumentar a independência na manutenção do bem-estar; • Expressa desejo de aumentar a indepen 	<ul style="list-style-type: none"> dência na manutenção do desenvolvimento pessoal; • Expressa desejo de aumentara responsabilidade pelo autocuidado; • Expressa desejo de aumentar o autocuidado; • Expressa desejo de aumentar o conhecimento de estratégias de autocuidado;
Referências	
<p>Becker, G., Gates, R.J., & Newsom, E. (2004). Self-care among chronically ill African Americans: Culture, health disparities, and health insurance status. <i>American Journal of Public Health, 94</i>, 2066- 2073.</p> <p>Dashiff, C., Bartolucci, A., Wallander, J., & Abdullatif, H. (2005). The relationship of family structure, maternal employment, and family conflict with self-care adherence of adolescents with type 1 diabetes. <i>Families, Systems, & Health, 23</i>(1), 66-79.</p> <p>Orem, D.E. (2001). <i>Nursing: Concepts and practice</i> (6th ed.). St. Louis: Mosby.</p>	

Baixa AUTOESTIMA (1988, 1996)	P. 46
Definição: Auto avaliação/sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou suas próprias capacidades.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Avalia a si mesmo como incapaz de lidar com os acontecimentos; • Busca excessivamente reafirmar-se; • Demasiadamente conformado; • Dependente das opiniões dos outros; • Exagera no feedback negativo sobre si mesmo; • Expressões de culpa; • Expressões de vergonha; • Falta de contato visual; 	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente falta de sucesso nos eventos da vida; • Hesita em tentar novas coisas/situações; • Indeciso; • Não assertivo; • Passivo; • Rejeita feedback positivo sobre si mesmo; • Verbalização autonegativa;
Fatores Relacionados	
A serem desenvolvidos	

Nota: Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia da NANDA International, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE 2.1 ou superior.

Baixa AUTOESTIMA SITUACIONAL (1988, 1996, 2000)**P. 47****Definição:**

Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual (especificar).

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações ou eventos;• Comportamento indeciso;• Comportamento não assertivo;• Expressões de desamparo; | <ul style="list-style-type: none">• Expressões de sentimento de inutilidade;• Relata verbalmente desafio situacional atual ao seu próprio valor;• Verbalizações autonegativas; |
|---|--|

Fatores Relacionados

Alterações do desenvolvimento Comportamento inconsistente em relação aos valores Distúrbio na imagem Corporal Falta de reconhecimento	Fracassos Mudanças no papel social Perda Prejuízo funcional Rejeições
--	---

Risco de baixo AUTOESTIMA situacional (2000)**P. 48****Definição:**

Risco de desenvolvimento uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual (especificar).

Fatores de Risco

Alterações do desenvolvimento Auto expectativa não realistas Comportamento inconsistente em relação aos valores Controle diminuído sobre o ambiente Distúrbio na imagem corporal Doença física Falta de reconhecimento	Fracassos História de abandono História de abuso História de desamparo aprendido História de negligência Mudanças de papel social Perda Prejuízo funcional Rejeições
--	--

AUTOMUTILAÇÃO (2000)**P. 49****Definição:**

Risco de comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não-fatal para obter alívio de tensão.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Arranhões no corpo;• Comprimir alguma parte do corpo;• Cortar-se;• Cortes;• Cutucar feridas;• Esfolar-se;• Golpear-se; | <ul style="list-style-type: none">• Inalação de substâncias prejudiciais;• Ingestão de substâncias prejudiciais;• Inserção de objeto(s) em orifícios do corpo;• Morder-se;• Queimaduras autoinfligidas; |
|--|---|

Fatores Relacionados	
Abuso de substância;	Dissociação
Abuso sexual na infância;	Distúrbio na imagem corporal
Adolescência;	Divórcio na família
Alcoolismo na família;	Doença na infância
Autoestima baixa;	Encarceramento
Autoestima instável	Enfrentamento inadequado
Cirurgia na infância	Estado psicótico (p. ex., alucinações de comando)
Colegas que se automutilam	Falta de confidente na família
Comportamento lábil (mudança de humor)	História de comportamento autolesivo
Comunicação pais/adolescente insatisfatória	História de incapacidade para enxergar consequências a longo prazo
Criança espancada	Sentimentos negativos (p. ex., depressão, rejeição, auto-aversão, ansiedade relacionada a separação, culpa, despersonalização);
Crise de identidade sexual	Tensão crescente intolerável;
Despersonalização	Transtorno da personalidade borderline;
História de incapacidade para planejar soluções;	Transtorno de caráter;
História familiar de comportamentos autodestrutivos;	Transtornos alimentares;
Imagem corporal instável;	Urgência irresistível de cortar-se/machucar-se;
Impulsividade;	Uso de manipulação para obter relacionamentos de apoio com outros;
Incapacidade de expressar verbalmente a tensão;	Vida em ambiente não tradicional (p. ex., cuidado como adotivo, por grupo ou instituição);
Indivíduo autista;	Violência entre figuras paterna/materna;
Indivíduo com desenvolvimento retardado;	Sente-se ameaçado de perda de relacionamentos significativos;
Isolamento dos colegas;	
Necessita rápida redução do estresse;	
Perfeccionismo;	
Perturbação emocional;	
Relacionamentos interpessoais perturbados;	

Risco de AUTOMUTILAÇÃO (1992, 2000)

P. 51

Definição:

Risco de comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não-fatal para obter alívio de tensão.

Fatores Relacionados

Abuso de substância;	Impulsividade;
Abuso sexual na infância;	Incapacidade de expressar verbalmente a tensão;
Adolescência;	Indivíduos autistas;
Alcoolismo na família;	Indivíduos com o desenvolvimento retardado;
Autoestima baixa;	Isolamento dos colegas;
Autoestima instável;	Necessita rápida redução do estresse;
Cirurgia na infância;	Perda de controle sobre situações de resolução de problemas;
Colegas que se automutilam;	Perda de relações significativas;
Criança emocionalmente perturbada;	
Criança espancada;	
Crise de identidade sexual;	

Despersonalização; Dissociação; Distúrbio na imagem corporal; Divórcio na família; Doença na infância; Encarceramento; Enfrentamento inadequado; Estado psicótico (p. ex., alucinações de comando); Experimenta crescente tensão que é intolerável; Experimenta urgência irresistível de cortar-se/ machucar-se; História de comportamento autolesivo; História de incapacidade para enxergar consequências a longo prazo; História de incapacidade para planejar soluções; História familiar de comportamentos autodestrutivos;	Perfeccionismo; Relacionamentos interpessoais perturbados/caóticos; Sente-se ameaçado de perda de relacionamentos significativos; Sentimentos negativos (p. ex., depressão, rejeição, auto-aversão, ansiedade relacionada a separação, culpa); Transtornos alimentares; Transtornos de caráter; Transtorno da personalidade borderline; Uso de manipulação para obter relacionamentos de apoio com outros; Vida em ambiente não radacional (p. ex., cuidado como adotivo, por grupo ou instituição); Violência entre figuras paterna/materna;
---	--

C

CAMPO DE ENERGIA perturbado (1994, 2004, NE 2.1)

P. 53

Definição:

Distúrbio do fluxo de energia que envolve uma pessoa, resultando em desarmonia do corpo, mente e/ou espírito.

Características Definidoras

- Percepção de mudanças nos padrões de fluxo de energia, como:
 - Movimento (onda / espícula / tremor / espessamento / circulação);
 - Mudança de temperatura (calor/frio);
 - Mudanças visuais (imagem/cor);
 - Ruptura do campo (deficiência / buraco / espícula / sailência, obstrução, congestão e redução do fluxo no campo de energia);
 - Sons (tom/palavras)

Fatores Relacionados

Desaceleração ou bloqueio dos fluxos de energia secundários a: Fatores fisiopatológicos: Doença Gravidez Lesão Fatores relacionados ao amadurecimento: Crise de desenvolvimento relacionada à idade; Dificuldades de desenvolvimento relacionadas à idade;	Fatores situacionais: Ansiedade Dor Medo Pesar Fatores relacionados ao tratamento: Experiência perioperatória Imobilidade Quimioterapia Trabalho de parto e parto
---	--

Disposição para aumento da COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DO BEBÊ (1994)

P. 55

Definição:

Um padrão de modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental (isto é, sistemas autonômico, motor, de organização do estado, auto-regulador e de atenção-interação) em um bebê que é satisfatório, mas pode ser melhorado.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Estados de sono/vigília definidos;• Parâmetros fisiológicos Estáveis; | <ul style="list-style-type: none">• Respostas organizadas a estímulos sensoriais (p. ex., auditivos, visuais);• Uso de alguns comportamentos auto-reguladores; |
|--|---|

Fatores Relacionados

Dor;
Prematuridade;

COMPORTAMENTO DE SAÚDE propenso a risco (1986, 1998, 2006, NE 2.1)

P. 56

Definição:

Incapacidade de modificar estilo de vida/comportamentos de forma compatível com mudanças no estado de saúde.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Demonstra não-aceitação da mudança no estado de saúde;• Minimiza a mudança no estado de saúde; | <ul style="list-style-type: none">• Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde;• Não consegue alcançar uma completa sensação de controle; |
|---|--|

Fatores Relacionados

Apoio social inadequado; Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde; Baixa autoeficiência;	Baixa condição econômica; Compreensão inadequada Múltiplos estressores
---	--

Referências

Kiefe, C.L., Heudebert, G., Box, J.B., Farmer, R.M., Micahel, M., & Clancy, C.M. (1999). Compliance with post-hospitalizauon follow-up visits: Rationing by inconvenience? *Ethnicity & Disease*, 19, 387-395.

Koenigsberg, M., Barlett, D., & Carmer, J. (2004). Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *American Family Physician*, 69, 309-316, 319-320, 323-324.

Shemesh, E. (2004). Non-adherence to medications following pediatric liver transplantation. *Pediatric Transplantation*, 8, 600-605.

* Anteriormente denominado “Adaptação Prejudicada”.

COMPORTAMENTO desorganizado do BEBÊ (1994, 1998)

P. 57

Definição:

Respostas fisiológicas e neurocomportamentais desorganizadas de um bebê aos estímulos ambientais e/ou humanos.

Características Definidoras

<p>Problemas regulatórios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incapacidade de inibir sobressaltos;• Irritabilidade <p>Sistema de atenção-interação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Resposta anormal aos estímulos sensoriais (p. ex., dificuldade para acalmarse, incapacidade de sustentar o estado de alerta); <p>Sistema motor:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estremecimentos;• Hiperextensão das extremidades;• Mãos cerradas em punho;• Mãos espalmadas;• Mãos no rosto;• Movimentos bruscos;• Movimentos descoordenados;• Movimentos trêmulos;• Mudanças no tônus muscular• Reflexos primitivos alterados• Sustos• Tremores	<p>Sistema de organização do estado comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none">• Choro irritável;• Despertar ativo (olhar pasmo, franzindo a testa);• Despertar quieto (olhar fixo, desvio de olhar);• Oscilação dos estados comportamentais;• Sono difuso; <p>Fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Arritmias;• Bradicardia;• Intolerâncias alimentares;• Mudanças na cor da pele;• Queda na saturação de O₂;• Sinais de estresse (p. ex., olhar fixo, agarramento, soluço, tosse, espirro, bocejos, mandíbula frouxa, boca aberta, extensão da língua, regurgitação);• Taquicardia;
--	---

Fatores Relacionados

<p>Pré natais</p> <p>Doenças congênitas;</p> <p>Doenças genéticas;</p> <p>Exposição teratogênica;</p> <p>Pós-natais</p> <p>Desnutrição;</p> <p>Dor;</p> <p>Intolerância alimentar;</p> <p>Prematuridade;</p> <p>Problemas motores;</p> <p>Problemas orais;</p> <p>Procedimentos invasivos;</p> <p>Individuais</p> <p>Doença;</p> <p>Idade gestacional;</p>	<p>Ambientais</p> <p>Ambiente físico impróprio;</p> <p>Capacidade sensorial inadequada;</p> <p>Excesso de estimulação sensorial;</p> <p>Falta de contenção do bebê;</p> <p>Privação de estímulos sensoriais adequados;</p> <p>Do cuidador</p> <p>Déficit de conhecimento dos sinais comportamentais;</p> <p>Estimulação ambiental;</p> <p>Interpretação errônea dos sinais comportamentais expressos pelo bebê;</p>
---	---

Idade pós-conceptual; Sistema neurológico imaturo;	
---	--

Risco de COMPORTAMENTO desorganizado DO BEBÊ (1994) P. 59

Definição:

Risco de alteração na integração e modulação dos sistemas funcionamento fisiológico e comportamental (isto é, sistemas autonômico, motor, de estado, organizacional, autor e de atenção/interação).

Fatores de Risco

Dor Falta de contenção do bebê; Hiperestimulação ambiental; Prematuridade;	Problemas motores; Problemas orais; Procedimentos dolorosos; Procedimentos invasivos;
---	--

Disposição para COMUNICAÇÃO aumentada (2002, NE 2.1) P. 60

Definição:

Um padrão de troca de informações e idéias com terceiros que é suficiente para atender às necessidades e aos objetivos de vida e que pode ser reforçado.

Características Definidoras

<ul style="list-style-type: none"> • É capaz de falar um idioma; • Expressa desejo de aumentar a comunicação; • Expressa pensamentos; • Expressa satisfação com a capacidade de compartilhar idéias com terceiros; • Expressa satisfação com a capacidade de compartilhar informações com terceiros; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa sentimentos; • É capaz de escrever; • Forma expressões; • Forma frases; • Forma palavras; • Interpreta pistas não-verbais adequadamente; • Utiliza indicadores não-verbais adequadamente.
---	--

COMUNICAÇÃO VERBAL prejudicada (1983, 1996, 1998) P. 61

Definição:

Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.

Características Definidoras

<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de contato visual; • Déficit visual parcial; • Déficit visual total; • Desorientação em relação a pessoas; • Desorientação no espaço; • Desorientação no tempo; • Dificuldade de usar a expressão corporal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para manter o padrão usual de comunicação; • Dispneia; • Fala com dificuldade; • Gagueira; • Incapacidade de falar o idioma do cuidador; • Incapacidade de usar expressões
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de usar a expressão facial; • Dificuldade na atenção seletiva; • Dificuldade para compreender o padrão usual de comunicação; • Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (p. ex., afasia, disfasia, apraxia, dislexia); • Dificuldade para formar frases; • Dificuldade para formar palavras (p. ex., afonia, dislalia, disartria); 	<ul style="list-style-type: none"> corporais; • Incapacidade de usar expressões faciais; • Não consegue falar; • Não fala; • Pronúncia indistinta; • Recusa obstinada a falar; • Verbaliza com dificuldade; • Verbalização imprópria;
Fatores Relacionados	
Alteração do sistema nervoso central; Alteração na Autoestima; Alteração no autoconceito; Ausência de pessoas significativas; Barreiras ambientais; Barreiras físicas (p. ex., traqueostomia, intubação); Barreiras psicológicas (p. ex., psicose, falta de estímulo); Condições emocionais; Condições fisiológicas; Defeito anatômico (p. ex., fenda palatina, alteração do sistema visual neuromus-	cular, sistema auditivo ou aparelho fonador); Diferenças culturais; Diferenças relacionadas à idade de desenvolvimento; Diminuição da circulação cerebral; Efeitos colaterais de medicamentos; Enfraquecimento do sistema musculoesquelético; Estresse; Falta de informação; Percepções alteradas; Túmor cerebral;

Disposição para aumento do CONFORTO (2006, NE 2.1)

P. 63

Definição:

Padrão de sensação de conforto, alívio e transcendência nas imensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social que é ser aumentado.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento; • Expressa desejo de aumentar o conforto; | <ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de aumentar o relaxamento; • Expressa desejo de intensificar a resolução das queixas; |
|---|--|

Referências

- Duggieby, W, & Berry, P (2005). Transitions in shifting goals of care for palliative patients and their families. Clinical Journal of Oncology Nursing, 9, 425-428.
 Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing, 19, 1178-1184.
 Malinowski, A., & Stampler, L.L. (2002). Comfort: Exploration of the concept in nursing. Journal of Advanced Nursing, 39, 599-606.

CONFUSÃO aguda (1994, 2006, NE 2.1)

P. 64

Definição:

Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.

Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação aumentada; • Alucinações; • Falta de motivação para iniciar um comportamento voltado a uma meta; • Falta de motivação para iniciar um comportamento voluntário; • Falta de motivação para manter um comportamento voltado a uma meta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivação para manter um comportamento voluntário; • Flutuação na atividade psicomotora; • Flutuação na cognição; • Flutuação no nível de consciência; • Inquietação aumentada; • Percepções errôneas;
Fatores Relacionados	
Abuso de álcool; Abuso de drogas; Delírio;	Demência; Flutuações no ciclo sono-vigília Mais de 60 anos de idade;
Referências	
<p>Schor, J., Levkoff, S., Lipsitz, L., Reilly, C., Cleary P, Rowe, J., <i>et al.</i> (1992). Risk factors for delirium in hospitalized elderly. <i>JAMA</i>, 267, 827-831.</p> <p>Inouye, S., & Charpentier, P (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. <i>JAMA</i>, 275, 852-857.</p> <p>Inouye, S., Viscoli, C., Horwitz, R., Hurst, L., & Tinetti, M. (1993). A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. <i>Archives of Internal Medicine</i>, 153, 474-481.</p>	

CONFUSÃO crônica (1994)		P. 65
Definição:		
Uma deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectual, e manifestada por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Evidência clínica de prejuízo orgânico; • Interpretação alterada; • Memória antiga prejudicada; • Memória recente prejudicada; • Nenhuma mudança no nível de consciência; 		<ul style="list-style-type: none"> • Personalidade alterada; • Prejuízo cognitivo existente há tempo; • Prejuízo cognitivo progressivo; • Resposta alterada a estímulos; • Socialização prejudicada;
Fatores Relacionados		
Acidente vascular cerebral; Demência por multiinfarto; Doença de Alzheimer;		Psicose de Korsakoff ; Trauma crânioencefálico;

Risco de CONFUSÃO aguda (2006, NE 2.2)	P. 66
Definição:	
Risco de perturbações reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que se desenvolvem por um período curto de tempo.	

Fatores de Risco	
Abuso de substância; Anormalidades metabólicas: - Azotemia - Desequilíbrios eletrolíticos - Desidratação - Desnutrição - Hemoglobina diminuída - Uréia e creatinina aumentadas	História de AVC; Infecção; Mais de 60 anos de idade; Medicamentos/drogas: - Anestesia - Anticolinérgicos - Difenidramina - Drogas psicoativas - Medicamentos múltiplos - Opioides
Cognição prejudicada; Contenção reduzida; Demência; Dor; Flutuação no ciclo sono-vigília; Gênero masculino;	
Mobilidade reduzida; Privação sensorial; Retenção urinária; Uso de álcool;	
Referências	
<p>Schor, J., Levkoff, S., Lipsitz, L., Reilly, C., Clear P., Rowe, J., et al. (1992). Risk factors for delirium in hospitalized elderly. <i>JAMA</i>, 267, 827-831.</p> <p>Inouye, S., & Charpentier, P (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and inter-relationship with baseline vulnerability <i>JAMA</i>, 275, 852-857.</p> <p>Inouye, S., Viscoli, C., Horwitz, R., Hurst, L., & Tinetti, M. (1993). A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. <i>Archives of Internal Medicine</i>, 119, 474-481.</p>	

Disposição para CONHECIMENTO aumentado (2002, NE 2.1)	P. 67
Definição: A presença ou aquisição de informações cognitivas sobre um tópico específico é suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde e pode ser reforçada.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos congruentes com o conhecimento expresso; • Demonstra conhecimento sobre o tópico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Descreve experiências prévias pertinentes ao tópico; • Expressa interesse em aprender;

CONHECIMENTO deficiente (especificar) (1980)		P. 68
Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos impróprios (p. ex., histérico, hostil, agitado, apático); • Comportamentos exagerados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenho inadequado em um teste; • Seguimento inadequado de instruções; • Verbalização do problema; 	
Fatores Relacionados		
Falta de capacidade de recordar; Falta de exposição;	Falta de interesse em aprender; Interpretação errônea de informação;	

Falta de familiaridade com os recursos de informação;	Limitação cognitiva;
---	----------------------

CONSTIPAÇÃO (1975, 1998)

P. 69

Definição:

Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abdome distendido; • Anorexia; • Cefaléia; • Dor à evacuação; • Dor abdominal; • Eliminação involuntária de fezes líquidas; • Esforço para evacuar; • Fadiga generalizada; • Fezes duras e formadas; • Flatulência grave; • Frequência diminuída; • Incapacidade de eliminar as fezes; • Indigestão; • Macicez à percussão abdominal; • Massa abdominal palpável; • Massa retal palpável; • Mudança no padrão intestinal; • Mudança nos ruídos abdominais (borborigmo); | <ul style="list-style-type: none"> • Náusea; • Presença de fezes pastosas no reto; • Pressão abdominal aumentada; • Ruídos intestinais hiperativos; • Ruídos intestinais hipoativos; • Sangue vivo nas fezes; • Sensação de preenchimento retal; • Sensação de pressão retal; • Sensibilidade abdominal, com resistência muscular palpável; • Sensibilidade abdominal, sem resistência muscular palpável; • Sinais/sintomas atípicos em adultos idosos (p. ex., mudança no estado mental, incontinência urinária, quedas inexplicadas, temperatura corporal elevada); • Volume de fezes diminuído; • Vômito; |
|--|---|

Fatores Relacionados

Funcionais

Atividade física insuficiente
Fraqueza dos músculos abdominais;
Hábitos de evacuação irregulares;
Higiene íntima inadequada (p. ex., oportunidade, posição para evacuação, privacidade inadequadas);
Ignorância habitual da urgência de evacuar;
Mudanças recentes de ambiente;
Negação habitual;

Psicológicos

Confusão mental;
Depressão;
Tensão emocional;

Farmacológicos

Agentes antiinflamatórios não esteróides;
Agentes antilipêmicos Antiácidos;

Mecânicos

Abscesso retal
Aumento da próstata
Desequilíbrio eletrolítico
Doença de Hirschsprung
Estenose reto-anal
Fissuras reto-anais
Gravidez
Hemorróidas
Lesão neurológica
Obesidade
Obstrução pós-operatória
Prolapso de reto
Retocele
Tumores
Úlcera retal

Fisiológicos

Dentição inadequada
Desidratação

contendo alumínio; Anticolinérgicos; Anticonvulsivantes; Antidepressivos; Bloqueadores do canal de cálcio; Carbonato de cálcio; Diuréticos; Dose excessiva de laxantes; Fenotiazinas; Opiáceos; Sais de bismuto; Sais de ferro; Sedativos; Símpaticomiméticos; Ingestão insuficiente de líquidos; Motilidade do trato gastrintestinal diminuída;	Hábitos alimentares deficientes Higiene oral inadequada Ingestão insuficiente de fibras Mudança nos alimentos usuais; Mudança nos padrões alimentares;
---	--

CONSTIPAÇÃO percebida (1998)

P. 72

Definição:

Autodiagnóstico de constipação e abuso de laxantes, enemas e supositórios para garantir o movimento intestinal diário.

Características Definidoras

- Expectativa de evacuação no mesmo horário todos os dias;
- Expectativa de movimento intestinal diário;
- Uso exagerado de enemas;
- Uso exagerado de laxantes;
- Uso exagerado de supositórios;

Fatores Relacionados

Avaliação errônea; Crenças de saúde culturais; Crenças de saúde familiares;	Processos de pensamento prejudicados;
---	---------------------------------------

Risco de CONSTIPAÇÃO (1998)

P. 73

Definição:

Risco de diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou: Passagem de fezes excessivamente duras e secas.

Fatores de Risco

Funcionais Atividade física insuficiente; Fraqueza dos músculos abdominais; Hábitos irregulares de evacuação; Higiene íntima inadequada (p. ex., oportunidade, posição para evacuação, privacidade inadequadas); Mudanças recentes de ambiente;	Anticolinérgicos; Anticonvulsivantes; Antidepressivos; Bloqueadores do canal de cálcio; Carbonato de cálcio; Diuréticos; Fenotiazinas; Opiáceos;
--	---

Negação/ignorância habitual da urgência de evacuar; <i>Psicológicos</i> Confusão mental; Depressão; Tensão emocional;	Sais de bismuto; Sais de ferro; Sedativos; Símpaticomiméticos; Uso excessivo de laxantes;
<i>Fisiológicos</i> Dentição inadequada; Desidratação; Hábitos alimentares deficientes; Higiene oral inadequada; Ingestão insuficiente de fibras; Ingestão insuficiente de líquidos; Motilidade diminuída do trato gastrintestinal; Mudança nos alimentos ingeridos; Mudança nos padrões habituais de alimentação;	<i>Mecânicos</i> Fissuras reto-anais Gravidez Hemorróidas Lesão neurológica Obesidade Obstrução pós-operatória Prolapso de reto Retocele flimores Úlcera retal Fatores de Risco (continuação) Mecânicos Abscesso retal Aumento da próstata Desequilíbrio eletrolítico Doença de Hirschsprung Estenose reto-anal
<i>Farmacológicos</i> Agentes antiinflamatórios não-esteróides; Agentes antilipêmicos; Antiácidos contendo alumínio;	

CONSTIPAÇÃO (2006, NE 2.1)

P. 75

Definição:

Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde.

Características Definidoras

(As características definidoras dependem do agente causador. Os agentes causam uma variedade de respostas orgânicas individuais, bem como respostas sistêmicas.)

Pesticidas

- Efeitos dermatológicos de exposição a pesticidas;
- Efeitos gastrintestinais de exposição a pesticidas;
- Efeitos neurológicos de exposição a pesticidas;
- Efeitos pulmonares de exposição a pesticidas;
- Efeitos renais de exposição a pesticidas

Agentes biológicos

- Efeitos dermatológicos da exposição a agentes biológicos;
- Efeitos gastrintestinais da exposição a agentes biológicos;
- Efeitos neurológicos da exposição a agentes biológicos;
- Efeitos pulmonares da exposição a agentes biológicos;
- Efeitos renais da exposição a agentes biológicos (toxinas de organismos vivos — bactérias, vírus, fungos)

Poluição

- Efeitos neurológicos da exposição à poluição;

<p>(Principais categorias de pesticidas: inseticidas, herbicidas, fungicidas, antimicrobianos, raticidas.)</p> <p>(Principais pesticidas: organofosfatos, carbamatos, organoclorinos, piretrio, arsênico, glicofosfatos, bipiridil, clorofenóxi.)</p> <p>Produtos químicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efeitos dermatológicos da exposição a produtos químicos; • Efeitos gastrintestinais da exposição a produtos químicos; • Efeitos imunológicos da exposição a produtos químicos; • Efeitos neurológicos da exposição a produtos químicos; • Efeitos pulmonares da exposição a produtos químicos; • Efeitos renais da exposição a produtos químicos <p>(Principais agentes químicos: derivados de petróleo, anticolinesterases. Os agentes do Tipo I agem sobre a porção traqueobrônquica proximal do trato respiratório; os agentes do Tipo II agem sobre os alvéolos; e os agentes do Tipo III produzem efeitos sistêmicos.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos pulmonares da exposição à poluição; <p>(Principais locais: ar, água, solo. Principais agentes: asbesto, tabaco, metais pesados, chumbo, ruído, material de exaustão, rádon.)</p> <p>Dejetos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efeitos dermatológicos da exposição a dejetos; • Efeitos gastrintestinais da exposição a dejetos; • Efeitos hepáticos da exposição a dejetos; • Efeitos pulmonares da exposição a dejetos; • (Categorias de dejetos: lixo, esgoto não-tratado, lixo industrial.) <p>Radiação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efeitos genéticos da exposição à radiação; • Efeitos imunológicos da exposição à radiação; • Efeitos neurológicos da exposição à radiação; • Efeitos oncológicos da exposição à radiação; <p>(Categorias: interna — exposição por meio da ingestão de material radioativo [p. ex., contaminação da água/ alimentos]. Externa — exposição por meio de contato com material radioativo.)</p>
--	--

Fatores Relacionados

<p>Externos</p> <p>Área geográfica (morar em locais onde há níveis elevados de contaminantes);</p> <p>Brincadeiras em áreas externas onde são usados contaminantes ambientais;</p> <p>Contaminação química da água;</p> <p>Contaminação química de alimentos;</p> <p>Contato sem proteção com metais pesados ou agentes químicos (p. ex., arsênico, cromo, chumbo);</p> <p>Exposição a bioterrorismo;</p> <p>Exposição a desastres (naturais ou causados pelo homem);</p>	<p>Tinta descascando na presença de crianças pequenas;</p> <p>Tinta, verniz e outros sem proteção eficaz;</p> <p>Tintas e verniz em áreas pouco ventiladas;</p> <p>Tipo de piso (superfícies acarpetadas mantêm mais resíduos contaminadores do que assoalhos lisos);</p> <p>Uso de contaminantes ambientais em casa (p. ex., pesticidas, agentes químicos, fumaça do cigarro);</p> <p>Uso inadequado de roupas de proteção;</p> <p>Viver na poeira (aumenta o potencial para múltiplas exposições, falta de acesso</p>
--	---

<p>Exposição a radiação (trabalho com radiografia, emprego em indústrias ou usinas nucleares, endereço próximo a indústrias ou usinas nucleares);</p> <p>Falta de desintegração de contaminantes quando dentro de ambientes (a desintegração fica inibida sem exposição ao sol e à chuva);</p> <p>Falta de roupas de proteção;</p> <p>Gesso descascando na presença de crianças pequenas;</p> <p>Práticas de higiene doméstica;</p> <p>Práticas de higiene pessoal;</p> <p>Presença de poluentes na atmosfera;</p> <p>Serviços municipais inadequados (remoção do lixo, instalações para tratamento de esgoto);</p>	<p>a cuidados de saúde e dieta insatisfatória);</p> <p>Internos</p> <p>Características de desenvolvimento das crianças;</p> <p>Doenças preexistentes;</p> <p>Exposições anteriores;</p> <p>Exposições concomitantes;</p> <p>Fatores nutricionais (p. ex., obesidade, deficiências de vitaminas e minerais);</p> <p>Gênero feminino;</p> <p>Gravidez;</p> <p>Idade (crianças com menos de 5 anos, idosos)</p> <p>Idade gestacional durante a exposição</p> <p>Tabagismo</p>
Referências	
<p>Berkowitz, G.S., Obel, J., Deych, E., Lapinski, R., Godbold, J., & Liu, Z. (2003). Exposure to indoor pesticides during pregnancy in a multiethnic, urban cohort. <i>Environmental Health Perspectives</i>, 111, 79-84.</p> <p>Center for Disease Control and Prevention. (2005). Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary (NCEH Pub # 05-0725). Atlanta, GA: Author.</p> <p>McCauley, L.A., Mjchaels, S., Rothlein, J., Muniz, J., Lasarev, M., & Ebbert, C. (2003). Pesticide exposure and self-reported home hygiene. <i>AAOHN Journal</i>, 51, 113-119.</p>	

Risco de CONTAMINAÇÃO (2006, NE 2.1)	P. 79
<p>Definição:</p> <p>Risco acentuado de exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde.</p>	
<p>Fatores de Risco</p>	
<p>Externos</p> <p>Área geográfica (morar em locais onde há níveis elevados de contaminantes);</p> <p>Brincadeiras em áreas externas onde são usados contaminantes ambientais;</p> <p>Contaminação química da água;</p> <p>Contaminação química de alimentos;</p> <p>Contato sem proteção com metais pesados ou agentes químicos (p. ex., arsênico, cromo, chumbo);</p> <p>Exposição a bioterrorismo;</p> <p>Exposição a desastres (naturais ou causados pelo homem);</p> <p>Exposição à radiação (trabalho com radiografia, emprego em indústrias ou usinas nucleares, endereço próximo a</p>	<p>Tinta descascando na presença de crianças pequenas;</p> <p>Tinta, verniz e outros sem proteção eficaz;</p> <p>Tintas e verniz em áreas pouco ventiladas;</p> <p>Tipo de piso (superfícies acarpetadas mantêm mais resíduos contaminadores do que assoalhos lisos);</p> <p>Uso de contaminantes ambientais em casa (p. ex., pesticidas, agentes químicos, fumaça do cigarro);</p> <p>Uso inadequado de roupas de proteção;</p> <p>Viver na poeira (aumenta o potencial para múltiplas exposições, falta de acesso a cuidados de saúde e dieta insatisfatória);</p> <p>Exposições anteriores Exposições concomitantes Fatores nutricionais (p. ex.,</p>

indústrias ou usinas nucleares); Falta de desintegração de contaminantes quando dentro de ambientes (a desintegração fica inibida sem exposição ao sol e à chuva); Falta de roupas de proteção; Gesso descascando na presença de crianças pequenas; Práticas de higiene doméstica; Práticas de higiene pessoal; Presença de poluentes na atmosfera; Serviços municipais inadequados (remoção do lixo, instalações para tratamento de esgoto);	obesidade, deficiências de vitaminas e minerais); Gênero feminino; Gravidez; Idade (crianças com menos de 5 anos, idosos); Idade gestacional durante a exposição; Tabagismo; <i>Internos</i> Características de desenvolvimento das crianças; Doenças preexistencias;
Referências	
Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary (NCEH Pub # 05-0725). Atlanta: Author. Chalupka, S.M. (2001). Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice (Part II). AAOHN Journal, 49, 194-213. McCauley, L.A., Michaels, S., Rothlein, J., Muniz, J., Lasarev, M, & Ebbert, C. (2003). Pesticide exposure and self-reported home hygiene. [AAOHN Journal, 51, 113-119].	

Disposição para CONTROLE aumentado DO REGIME TERAPÊUTICO (2002, NE 2.1)

P. 81

Definição:

Padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde e que pode ser reforçado.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Descreve redução de fatores de risco; • Escolhas do dia-a-dia adequadas para o atendimento das metas (p. ex., tratamento, prevenção); • Expressa desejo de controlar a doença | (p. ex. tratamento, prevenção de sequelas);
<ul style="list-style-type: none"> • Expressa pouca dificuldade com o regime de tratamento prescrito; • Não há aceleração inesperada dos sintomas da doença; |
|---|---|

CONTROLE comunitário ineficaz DO REGIME TERAPÊUTICO (1994)

P. 82

Definição:

Padrão de regulação e integração aos processos comunitários de programas de tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para atingir objetivos relacionados à saúde.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aceleração inesperada da doença; | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos de assistência à saúde não- |
|--|--|

<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de defensores para os agregados; • Déficits nas atividades da comunidade para a prevenção; • Recursos de assistência à saúde insuficiente (p. ex., pessoas, programas); 	<ul style="list-style-type: none"> disponíveis para o cuidado da doença; • Sintomas de doença acima do padrão esperado para o número e o tipo de população;
---	---

Fatores Relacionados

A serem desenvolvidos

Nota: Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia da NANDA Internacional, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE 2.1 ou superior.

CONTROLE eficaz DO REGIME TERAPÊUTICO (1994)

P. 83

Definição:

Padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é satisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de prevenção; • Escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de tratamento; • Sintomas da doença dentro de uma variação normal de expectativas; | <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença; • Verbaliza desejo de prevenir sequelas; • Verbaliza intenção de reduzir fatores de risco de progressão da doença e de suas sequelas; |
|--|---|

Fatores Relacionados

A serem desenvolvidos

Nota: Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia I.:da NANDA Internacional, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE 2.1 ou superior.

CONTROLE familiar ineficaz do REGIME TERAPÊUTICO (1994) p. 84

Definição:

Padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aceleração dos sintomas da doença de um membro da família; • Atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de saúde; • Falha em agir para reduzir fatores de risco; | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de atenção para com a doença; • Verbaliza desejo de controlar a doença; • Verbaliza dificuldade com o regime terapêutico; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Complexidade do regime terapêutico;
Complexidade do sistema de assistência à

Conflitos de decisão;
Dificuldades econômicas;

saúde; Conflito familiar;	Exigências excessivas;
------------------------------	------------------------

CONTROLE ineficaz DO REGIME TERAPÊUTICO (1992) P. 85	
Definição: Padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de saúde; • Fracasso na inclusão dos regimes de tratamento nas rotinas diárias; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracasso nas ações para reduzir fatores de risco; • Verbaliza desejo de controlar a doença; • Verbaliza dificuldade com os regimes prescritos;
Fatores Relacionados	
Barreiras percebidas; Benefícios percebidos; Complexidade do regime terapêutico; Complexidade do sistema de assistência à saúde; Conflito familiar; Conflitos de decisão; Déficit de apoio social; Déficit de conhecimento; Desconfiança em relação à equipe de	saúde; Desconfiança quanto ao regime; Dificuldades econômicas Exigências excessivas (p. ex., ao indivíduo ou à família); Gravidade percebida Número inadequado de orientações para a ação; Padrões familiares de cuidado de saúde; Sentimento de impotência; Suscetibilidade percebida;

Atraso no CRESCIMENTO e no DESENVOLVIMENTO (1994) P. 86	
Definição: Desvios em relação aos padrões do grupo etário.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Afeto embotado; • Atraso em desempenhar habilidades típicas do grupo etário; • Crescimento físico alterado; • Desatenção; • Dificuldade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de desempenhar atividades de autocontrole apropriadas à idade; • Incapacidade de realizar atividades de autocuidado apropriadas à idade; • Tempo de reação diminuído;
Fatores Relacionados	
Consequências de incapacidade física; Cuidado inadequado; Deficiências ambientais; Deficiências de estimulação;	Indiferença; Múltiplos cuidadores; Responsividade inconsistente; Separação de pessoas significativas;

Dependência prescrita;

P. 87

Risco de CRESCIMENTO desproporcional (1994)

Definição:

Risco de crescimento acima do 97º percentil ou abaixo do 3º percentil para a idade, cruzando duas faixas percentis.

Características Definidoras

-
-

Fatores de Risco

Pré natais	Desnutrição; Doença crônica; Infecção; Prematuridade;
Abuso de substância; Distúrbios congênitos; Distúrbios genéticos; Exposição teratogênica; Gestação múltipla; Infecção materna; Nutrição materna; uso de substância;	Ambientais Desastres naturais; Envenenamento por chumbo; Pobreza; Privação; Teratogênese; Violência;
Individuais	Do cuidado
abuso de substâncias; Anorexia; Apetite insaciável; Comportamentos alimentares mal adaptados; Comportamentos alimentares mal adaptados do cuidador;	Abuso; Doença mental; Grave incapacidade de aprendizagem; Retardo mental;

D

DEAMBLAÇÃO prejudicada (1998, 2006, NE 2.1)

P. 88

Definição:

Limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente.

Características Definidoras

- Capacidade prejudicada de andar em acente;
- Capacidade prejudicada de andar em declive;
- Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares;
- Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias;
- Capacidade prejudicada subir e descer de calçadas (meio-fio);
- Capacidade prejudicada de subir escadas;

Fatores de Risco

Capacidade de resistência limitada; Descondicionamento; Dor; Equilíbrio prejudicado;	Limitações ambientais (p ex., escadas, aclives e de clives, superfícies irregulares, obstáculos sem segurança, distâncias, falta dispositivos ou pessoas auxiliares,
---	--

Falta de conhecimentos; Força muscular insuficiente; Humor deprimido; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético (p. ex., contraturas);	imobilizadores); Medo de cair; Obesidade; Prejuízo neuromuscular; Visão prejudicada;
Referências	
<p>Brouwer, K., Nysseknabm, J., & Culham, E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear of falling. <i>Gerontology</i>, 50, 15-141.</p> <p>ewis, C.L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S.P (2004). Characteristics of individuals who fall while receiving home health services. <i>Physical Therapy</i>, 84(1), 23-32.</p> <p>Tinetti, M.E., & Ginter, S.F. (1988). Identifying mobility dysfunction in elderly persons. <i>Journal of American Medical Association</i>, 259, 1190-1193.</p>	

Nota: Especificar o nível de independência, utilizando uma escala fundo padronizada.

DÉBITO CARDÍACO diminuído (1975, 1996, 2000)

P. 90

Definição:

Quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais.

Características Definidoras

Frequência/ritmo cardíacos alterados

- Alterações no ECG;
- Arritmias;
- Bradicardia;
- Palpitações;
- Taquicardia;

Pré-carga alterada

- Distensão de veia jugular;
- Edema;
- Fadiga;
- Ganho de peso;
- Murmúrios;
- Pressão de capilar pulmonar (PCP) aumentada;
- Pressão de capilar pulmonar (PCP) diminuída;
- Pressão venosa central (PVC) aumentada;
- Pressão venosa central (PVC) diminuída;

Pós-carga alterada

- Dispnéia; Mudanças na cor da pele;
- Oligúria;
- Pele fria e pegajosa; Pulsos periféricos

- Resistência vascular pulmonar aumentada;
- Resistência vascular pulmonar diminuída;
- Resistência vascular sistêmica aumentada;
- Resistência vascular sistêmica diminuída;

riações nas leituras de pressão arterial; **Contratilidade alterada**

- Crepitações;
- Débito cardíaco diminuído;
- Dispnéia paroxística noturna;
- Fração de ejeção diminuída;
- Índice cardíaco diminuído;
- Índice do trabalho sistólico do ventrículo esquerdo diminuído;
- Índice do volume sistólico;
- Ortopnéia;
- Sons b3;
- Sons B4;
- Tosse;

Comportamentais/ emocionais;

- Agitação;
- Ansiedade;

<ul style="list-style-type: none"> • Reperfusão capilar periférica prolongada; 	
Fatores Relacionados	
Contratilidade alterada; Frequência cardíaca alterada; Pós-carga alterada Pré-carga alterada;	Ritmo alterado; volume de ejeção alterado;

Conflito de DECISÃO (1988, 2006, NE 2.1)

P. 92

Definição:

Incerteza sobre o curso de ação a ser tomado quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores de vida pessoais.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Foco em si mesmo; • Questiona as próprias crenças ao tentar chegar a uma decisão; • Questiona princípios morais ao tentar chegar a uma decisão; • Questiona regras morais ao tentar chegar a uma decisão; • Questiona valores morais ao tentar chegar a uma decisão; • Questiona valores pessoais ao tentar chegar a uma decisão; | <ul style="list-style-type: none"> • Sinais físicos de angústia ou tensão (p. ex, frequência cardíaca aumentada, tensão muscular aumentada, agitação); • Tomada de decisão adiada; • Vacilação entre escolhas alternativas; • Verbaliza consequências indesejadas de ações alternativas que estão sendo consideradas; • Verbaliza incerteza quanto a escolhas; • Verbaliza sentimento de angústia ao tentar chegar a uma decisão; |
|--|---|

Fatores Relacionados

- | | |
|---|---|
| Ameaça percebida ao sistema de valores;
Crenças pessoais obscuras;
Déficit do sistema de apoio;
Falta de experiência na tomada de decisão;
Falta de informação relevante;
Fontes de informação divergentes;
Fontes de informação múltiplas;
Interferência na tomada de decisão;
Obrigações morais que exigem ações; | Obrigações morais que exigem ausência de ação;
Princípios morais que apóiam cursos de ação incoerentes;
Regras morais que apóiam cursos de ação incoerentes;
Valores morais que apóiam cursos de ação incoerentes;
Valores pessoais obscuros; |
|---|---|

Referências

- | |
|---|
| Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). Principles of biomedical ethics (5th ed.). New York: Oxford University Press.
Kopala, B., & Burkhardt, L. (2005). Ethical dilemma and moral distress: Proposed new NANDA diagnoses. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 16, 3-13.
Webster, G., & Baylis, F. (2000). Moral residue. In S. Rubin & L. Zoloth (Eds.), Margin of error. The ethics of mistakes in the practice of medicine (pp. 217-230). Hagerstown, MD: University Publishing. |
|---|

Disposição para aumento da tomada de DECISÃO (2006, NE 2.1)**P. 94****Definição:**

Padrão de escolha de cursos de ação suficiente para atingir metas de saúde de curto e longo prazo e que pode ser aumentado.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Manifesta desejo de aumentar a análise de riscos/ benefícios das decisões;• Manifesta desejo de aumentar a coerência das decisões com valores e metas pessoais;• Manifesta desejo de aumentar a coerência das decisões com valores e metas socioculturais; | <ul style="list-style-type: none">• Manifesta desejo de aumentar a compreensão das escolhas na tomada de decisão;• Manifesta desejo de aumentar a compreensão do significado das escolhas na tomada de decisão;• Manifesta desejo de fortalecer a tomada de decisão;• Manifesta desejo de fortalecer o uso de evidências confiáveis para as decisões; |
|--|--|

Referências

- O'Connor, A.M., Stacey, D., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H., Rovner, D., Homes-Rovner, M., et al. (2005). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane Library, VoZ. 3, CD-ROM Computer file. London: BMJ Publishing Group. Paterson, B.L., Russell, C., & Thome, S. (2001). Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. Journal of Advanced Nursing, 35, 335-341.
- Tunis, S.R. (2005). Perspective: A clinical research strategy to support shared decision-making. Health Affairs, 24, 180-184.

DEGLUTIÇÃO prejudicada (1998)**P. 95****Definição:**

Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.

Características Definidoras**Prejuízo na fase faríngea**

- Anormalidade na fase faríngea, segundo estudo da deglutição;
- Deglutição retardada;
- Deglutições múltiplas;
- Elevação inadequada da laringe;
- Febres inexplicadas;
- Infecções pulmonares recorrentes;
- Posições alteradas da cabeça;
- Qualidade da voz gorgolejante;
- Recusa de alimentos;
- Refluxo nasal; Sentir ânsia de vômito antes da deglutição;

- Queixas de que “alguma coisa entalou”;

- Recusa em alimentar-se; Regurgitação de conteúdo gástrico ou arrotos úmidos; Respiração com odor ácido;

- Tossir durante a noite;

- Vômito;

Vômito no travesseiro;

Prejuízo na fase oral

- Acúmulo de líquidos nos sulcos laterais;
- Alimentos empurrados para fora da

<ul style="list-style-type: none"> • Sufocar antes da deglutição; • Tossir antes da deglutição <p>Prejuízo na fase esofágica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anormalidade na fase esofágica, segundo estudo da deglutição; • Azia; • Bruxismo; • Despertar durante o sono; • Dor epigástrica; • Evidência observada de dificuldade para deglutir (p. ex., estase de alimentos na cavidade oral, tossir/sufocar); • Hematêmese; • Hiperextensão da cabeça (p. ex., arqueando-se durante ou após as refeições); • Irritabilidade inexplicável perto do horário das refeições; • Limitação do volume de alimentos; • Mastigação repetitiva; • Odinofagia (dor ao engolir); 	<ul style="list-style-type: none"> • boca; • Anormalidade na fase oral, segundo estudo da deglutição; • Baba; • Deglutição pedaço a pedaço; • Entrada prematura do bolo; • Falta de ação da língua para formar o bolo; • Falta de mastigação; • Fechamento incompleto dos lábios; • Formação lenta do bolo; • Incapacidade de esvaziar a cavidade oral; • Os alimentos caem da boca; • Refeições longas com pequena consumação; Refluxo nasal; • Sentir ânsia de vômito antes da deglutição; • Sialorréia; • Sucção fraca resultando em preensão ineficiente da região areolar-mamilar; • Sufocar antes da deglutição; • Tossir antes da deglutição;
---	---

Fatores Relacionados

Defeitos congênitos	Problemas neurológicos
Anomalias de via aérea superior; Comportamento autolesivo Desnutrição de energia protéica; Distúrbios respiratórios; Doença cardíaca congênita; Estados com hipotonía significativa; História de alimentação por sondas; Insuficiência para desenvolver-se; Lesão neuromuscular (p. ex., reflexo de náusea diminuído ou ausente, força ou contração diminuídas dos músculos envolvidos na mastigação, prejuízo perceptivo, paralisia facial); Obstrução mecânica (p. ex., edema, cânula de traqueotomia, tumor); Problemas de alimentação relacionados ao comportamento;	Acalasia; Anomalias de vias aéreas superiores; Anormalidades da cavidade oral; Anormalidades da laringe Anormalidades orofaríngeas; Atraso no desenvolvimento; Defeitos anatômicos adquiridos; Defeitos esofágicos; Defeitos laríngeos; Defeitos nas cavidades nasofaríngeas; Defeitos nasais; Defeitos traqueais; Doença do refluxo gastresofágico; Lesão traumática da cabeça; Paralisia cerebral; Prematuridade; Traumas;

DENTIÇÃO prejudicada (1998)

P. 98

Definição:

Distúrbio nos padrões de desenvolvimento/erupção dentária ou na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo.

Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de dentes; • Cáries na coroa; • Cáries na raiz do dente; • Dentes desgastados; • Dentes estragados; • Desalinhamento dos dentes; • Descoloração do esmalte do dente; • Dor de dente; • Excesso de tártaro; • Expressão facial assimétrica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Erosão do esmalte; Erupção incompleta para a idade (dentição primária ou definitiva); • Falta de alguns dentes; • Fratura(s) de dente; • Halitose; • Oclusão inadequada; • Perda de dentes; • Perda prematura de tição primária; • Placa excessiva;
Fatores Relacionados	
Fatores Relacionados Barreiras ao autocuidado; Barreiras econômicas ao cuidado profissional; Bruxismo; Conhecimentos deficientes a respeito da saúde dental; Déficits nutricionais; Falta de acesso a cuidados profissionais; Hábitos alimentares; Higiene oral ineficaz; Ingestão excessiva de flúor;	Medicamentos prescritos selecionados; Predisposição genética; Sensibilidade ao calor; Sensibilidade ao frio; Uso crônico de café; Uso crônico de chá; Uso crônico de tabaco; Uso crônico de vinho tinto; Uso excessivo de agentes de limpeza abrasivos; Vômito crônico;

Risco de atraso no DENSENVOLVIMENTO (1998)	
Definição:	P. 99
Risco de atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou auto-regulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas.	
Fatores de Risco	
Pré natais Abuso de substâncias; Analfabetismo; Cuidado pré-natal ausente; Cuidado pré-natal insatisfatório; Cuidado pré-natal tardio; Distúrbios endócrinos; Distúrbios genéticos; Gravidez não desejada; Gravidez não-planejada; Idade materna inferior a 15 anos; Idade materna superior a 35 anos; Infecções; Nutrição inadequada; Pobreza;	Envenenamento por chumbo; Fracasso para desenvolver-se; Lesão cerebral (p. ex., hemorragia no período pós-natal, síndrome do bebê sacudido, abuso, acidente); Nutrição inadequada; Otite média frequente; Prejuízo da audição; Prejuízo da visão; Prematuridade; Quimioterapia; Radioterapia; Teste para detecção de substâncias positivo; Transtornos de comportamento ;

Individuais	Ambientais
Abuso de substância; Convulsões; Criança adotada; Criança em instituição infantil; Dependente de tecnologia; Desastre natural; Distúrbios congênitos; Distúrbios genéticos; Doença crônica;	Pobreza; Violência; Do cuidado, Abuso; Doença mental; Grave incapacidade de aprendizagem; Retardo mental;

DESESPERANÇA (1998)	P. 100
Definição: Estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Afeto diminuído; • Alterações no padrão de sono; • Apetite diminuído; • Encolhe os ombros em resposta a quem está falando; • Falta de envolvimento no cuidado; • Falta de iniciativa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicações verbais (p. ex, conteúdo desesperançado, “não consigo”, suspiros); • Olhos fechados; • Passividade; • Resposta diminuída a estímulos; • Verbalização diminuída; • Vira-se para o lado contrário de quem está falando;
Fatores Relacionados	
Abandono; Deterioração da condição fisiológica; Estresse prolongado; Perda da crença num poder espiritual;	Perda da fé em valores transcendentais; Restrição prolongada de atividade, criando isolamento;

DESOBEDIÊNCIA (1973, 1996, 1998)	P. 102
Definição: Comportamento de uma pessoa e/ou cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não-aderente e pode levar os resultados clinicamente não-efetivos ou parcialmente efetivos.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento indicativo de falta de aderência; • Evidência de desenvolvimento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Falha em manter compromissos agendados; • Falha em progredir;

complicações;	• Testes objetivos (p. ex., medidas fisiológicas, deificação de marcadores fisiológicos);
Fatores Relacionados	
Plano de assistência à saúde	Sistema de saúde
Complexidade	Acesso aos cuidados;
Custo	Acompanhamento regular do provedor;
Duração	Cobertura de saúde individual;
Flexibilidade financeira do plano	Continuidade proporcionada pelo provedor;
Intensidade	Conveniência da assistência;
Individuais	Individuais
Capacidade de desenvolvimento	Credibilidade do provedor;
Capacidades pessoais	Habilidades de comunicação do provedor;
Conhecimento relevante para o comportamento do regime de tratamento;	Habilidades de ensino do provedor;
Crenças de saúde;	Reembolso pelo provedor;
Forças motivacionais;	Relacionamento cliente-provedor;
Habilidade relevante para o comportamento do regime de tratamento;	Satisfação com o cuidado;
Influências culturais;	Rede
Pessoas significativas;	Crenças percebidas de pessoas significativas;
Sistema de valores do indivíduo;	Envolvimento de membros da família no plano de saúde;
Valores espirituais;	Valor social em relação de ensino do ao plano;

DESOBSTRUÇÃO ineficaz DE VIAS AÉREAS (1980, 1996, 1998) P. 104

Definição:

Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída.

Características Definidoras

- | | |
|--|-------------------------------------|
| • Agitação; | • Ortopnéia; |
| • Cianose; | • Ruídos adventícios respiratórios; |
| • Dispneia; | • Sons respiratórios diminuídos; |
| • Expectoração; | • Tosse ausente; |
| • Mudanças na frequência respiratória; | • Tosse ineficaz; |
| • Mudanças no ritmo respiratório; | • Vocalização dificultada; |
| • Olhos arregalados; | |

Fatores Relacionados

Ambientais	Secreções nos brônquios;
Fumo passivo;	Secreções retidas;
Inalação de fumaça;	
Tabagismo;	
Via aérea obstruída	Fisiológicos
Corpo estranho na via aérea;	Alergia respiratória;
Espasmo de via aérea;	Asma;
	Disfunção neuromuscular;
	Doença pulmonar obstrutiva crônica;

Exsudato nos alvéolos; Muco excessivo; Presença de via aérea artificial;	Hiperplasia das paredes brônquicas; Infecção;
--	--

Risco de síndrome do DESUSO (1988)	P. 105
---	---------------

Definição:

Risco de deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável.

Fatores Relacionados

Dor intensa; Imobilização mecânica; Imobilização prescrita	Nível de consciência alterado Paralisia;
--	---

Nota: As complicações decorrentes da imobilidade podem incluir úlcera de pressão, constipação, estase de secreções pulmonares, trombose, infecção do trato urinário e/ou retenção urinária, força ou resistência diminuídas, hipotensão ortostática, amplitude de movimento das articulações diminua, desorientação, distúrbio da imagem corporal e sentimento de impoênciia.

DIARRÉIA (1975, 1998)	P. 106
------------------------------	---------------

Definição:

Eliminação de fezes soltas, não-formadas.

Características Definidoras

• Cãibras; • Dor abdominal; • Pelo menos três evacuações de fezes	líquidas por dia; • Ruídos intestinais hiperativos; • Urgência para evacuar;
---	--

Fatores Relacionados

Psicológicos Altos níveis de estresse; Ansiedade;	Radiação; Toxinas; Viagem ;
Situacionais Abuso de álcool; Abuso de laxantes; Alimentação por sonda; Contaminação; Efeitos adversos de medicações;	Fisiológicos Inflamação; Irritação; Má absorção; Parasitas; Processos infecciosos;

Risco de DIGNIDADE humana comprometida (2006, NE 2.1)	P. 107
--	---------------

Definição:

Risco de perda de respeito e honra.

Fatores Relacionados

Estigmatização; Exposição do corpo; Humilhação percebida; Incoerência cultural; Intromissão percebida por parte dos clínicos;	Participação inadequada na tomada de decisão Perda do controle sobre as funções corporais; Revelação de informações confidenciais; Tratamento desumano percebido;
---	--

Invasão percebida da privacidade;	Uso de termos médicos não-definidos;
Referências	
Shottom, L., & Seedhouse, D. (1998). Practical dignity in caring. Nursing Ethics, 5, 246-255.	
Mairis, E. (1994). Concept clarification of professional practice dignity. Journal of Advanced Nursing, 19, 924-931.	
Valsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. International Journal of Nursing Practice, 8, 143-151.	

DISREFLEXIA AUTONÔMICA (1988)		P. 108
Definição:		
Resposta não inibida do sistema nervoso simpático a um estímulo nocivo, após uma lesão de medula espinal em T7 ou acima, que representa uma ameaça à vida.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia; • Calafrios; • Cefaléia (dor difusa em diferentes regiões da cabeça e não circunscrita a alguma área de distribuição nervosa); • Congestão conjuntival; • Congestão nasal; • Diaforese (acima da lesão); • Dor no peito; • Gosto metálico na boca; • Hipertensão paroxística; • Manchas vermelhas na pele (acima da lesão); • Palidez (abaixo da lesão); • Parestesia; • Refleto pilomotor; • Síndrome de Horner; • Taquicardia; Visão turva; 		
Fatores Relacionados		
Conhecimento deficiente do cuidador; Conhecimento deficiente do paciente;		Distensão intestinal; Distensão vesical; Irritação da pele;

Risco de DISREFLEXIA AUTONÔMICA (1988, 2000)		P. 109
Definição:		
Risco de sofrer uma resposta do sistema nervoso simpático não-inibida e ameaçadora à vida, pós-choque medular, em um com lesão de medula espinal ou lesão em T6 ou acima (foi demonstrada em pacientes com lesões em T7 e T8).		
Fatores de Risco		
Lesão/dano em T6 ou acima e pelo menos um dos seguintes estímulos nocivos:	Estímulos reprodutivos	
Problemas cardíacos/pulmonares	Cisto ovariano Ejaculação Gravidez Menstruação Relação sexual Trabalho de parto e parto	
Embolia pulmonar; Trombose venosa profunda;		
Estímulos neurológicos	Muscular esquelético tegumentares	
Estímulos de dor abaixo nível da lesão; Estímulos irritativos abaixo nível da lesão;		

Estímulos urológicos Cálculos; Cateterização; Cirurgia; Cistite; Dissinergia do esfíncter detrusor; Distensão da bexiga; Epididimite; Espasmo da bexiga; Infecção do trato urinário; Manipulação com instrumentos; Uretrite;	Espasmo; Estimulações cutâneas (p. ex., úlcera de pressão, unha encravada, curativos, queimaduras, exantema); Exercícios com amplitude de movimento; Feridas; Fraturas; Osso heterotrófico; Pressão nos genitais; Pressão sobre proeminências ósseas; Queimaduras de sol;
Estímulos gastrintestinais Cálculos biliares; Constipação; Dificuldade de passagem de fezes; Distensão intestinal; Enemas; Estimulação digital; Fezes impactadas; Hemorróidas; Patologia do sistema gastrintestinal; Refluxo esofágico; Supositórios; Ulceras gástricas;	Estímulos de regulação Flutuações da temperatura; Temperaturas ambientais extremas;

Risco de DOR aguda (1996)	P. 111
Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término (incipiente ou previsível e duração de menos de seis meses).	
Características Definidoras	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações na pressão sanguínea; • Comportamento de distração (p. ex., andar de um lado para outro, procurar outras pessoas e/ou atividades, atividades repetitivas); • Comportamento de proteção; • Comportamento expressivo (p. ex., agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro); • Diaforese; • Dilatação pupilar • Distúrbio do sono (olhos sem brilho, • Expressão facial; • Foco em si próprio; • Foco estreitado (percepção do tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação reduzida com pessoas e o ambiente); • Gestos protetores; • Mudanças na frequência cardíaca; • Mudanças na frequência respiratória; • Mudanças no apetite; • Mudanças no tônus muscular (pode ir de relaxado a rígido);

<p>aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidência observada de dor; 	<ul style="list-style-type: none"> • Posição para evitar dor; • Relato codificado; • Relato verbal de dor;
Fatores Relacionados	
Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)	

Risco de DOR aguda (1996)	P. 111
Definição:	
Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação; Alteração da capacidade de continuar atividades prévias; • Anorexia; • Atrofia do grupo muscular envolvido; • Comportamento de proteção; • Comportamento observado de defesa; • Depressão; • Expressão facial; • Fadiga; • Foco em si próprio; 	<ul style="list-style-type: none"> • Interação reduzida com as pessoas; • Irritabilidade; • Medo de nova lesão; • Mudanças no padrão de sono; • Relato codificado; • Relato verbal de dor; • Respostas mediadas p sistema simpático (p. ex., temperatura, frio, mudanças na posição do corpo, hipersensibilidade);
Fatores Relacionados	
Incapacidade física crônica;	Incapacidade psicossocial crônica;

E

Disposição para ELIMINAÇÃO urinária melhorada (2002, NE 2.1)	P. 113
Definição:	
Um padrão de funções urinárias que é suficiente para satisfaz às necessidades de eliminação e que pode ser reforçado.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • A densidade da urina está dentro dos limites normais; • A ingestão de líquidos é adequada para as necessidade diárias; • A quantidade do débito urinário está dentro dos limites normais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de melhorar a eliminação urinária; • Posiciona-se para esvaziar a bexiga; • Urina de cor clara; • Urina sem odor;

ELIMINAÇÃO urinária melhorada (1973, 2006, NE 2.1)

P. 114

Definição:

Distúrbio na eliminação de urina.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Disúria;• Frequência (políúria);• Hesitação urinária (dificuldade/demora para iniciar a micção); | <ul style="list-style-type: none">• Incontinência;• Nictúria;• Retenção urinária;• Urgência urinária; |
|--|--|

Fatores Relacionados

Dano sensório-motor	Múltiplas causas
Infecção no trato urinário	Obstrução anatômica

Referências

Engberg, S., McDowell, B., Donovan, N., Brodak, I., & Weber, E. (1997). Treatment of urinary incontinence in homebound older adults: Interface between research and practice. *Ostomy/Wound Management*, 48(10), 18-26.

Fanti, J., Newman, D., & Colling, J. (1996). Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management (clinical practice guideline No. 2). Rockville, MD: U.S. Department of Health & Human Messick, G., & Powe, C. (1997). Applying behavioral research to incontinence. *Ostomy/Wound Management*, 48(10), 40-48.

Disposição para ENFRENTAMENTO aumentado (2002, NE 2.1)

P. 115

Definição:

Padrão de esforços comportamentais e cognitivos para com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Define estressores como administráveis;• Procura conhecer novas estratégias;• Procura suporte social;• Reconhece poder;• Reconhece possíveis mudança de ambiente; | <ul style="list-style-type: none">• Utiliza recursos espirituais;• Utiliza uma ampla gama de estratégias voltadas ao problema em si;• Utiliza uma grande variedade de estratégias voltadas à emoção; |
|---|--|

Disposição para ENFRENTAMENTO comunitário aumentado (2002, NE 2.1)

P. 116

Definição:

Padrão de atividades comunitárias para adaptação e resolução de problemas que é satisfatório para atender às demandas ou necessidades da comunidade, mas que pode ser lhorado para o controle de problemas/estressores atuais ou futuros.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Uma ou mais características que indicam enfrentamento eficaz:<ul style="list-style-type: none">- Comunicação positiva entre comunidade / agregados e comunidade maior; | <ul style="list-style-type: none">- Planejamento ativo, por parte da comunidade, para estressores previstos;- Programas disponíveis para diversão;- Programas disponíveis para relaxamento;Recursos suficientes para controlar os |
|--|--|

<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação positiva entre membros da comunidade; - Entendimento de que a comunidade é responsável pelo controle do estresse; 	<ul style="list-style-type: none"> estressores; - Resolução ativa de problemas, por parte da comunidade, quando colocada diante de questões;
Fatores Relacionados	
A comunidade tem senso de poder para controlar estressores; Recursos disponíveis para resolução de problemas;	Suportes sociais disponíveis;

ENFRETAMENTO comunitário ineficaz (1994, 1998)		P. 117
Definição:		
Padrão de atividades comunitárias para adaptação e resolução de problemas que é insatisfatório para atender às demandas ou necessidades da comunidade.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • A comunidade ao atende às suas próprias expectativas; • Alta incidência de doença; • Aumento de problemas sociais (p. Ex., homicídios, vandalismo, terrorismo, roubo, infanticídio, abuso, divórcio, desemprego, pobreza, militância, doença mental); 		<ul style="list-style-type: none"> • Excesso de conflito na comunidade; • Falta de participação comunitária; • Impotência expressa da comunidade; • Percepção de uma quantidade excessiva de estressores; • Vulnerabilidade;
Fatores Relacionados		
Deficiência nos recursos de apoio social da comunidade; Deficiência nos serviços de apoio social da comunidade; Desastres naturais; Desastres provocados pelo homem;		Recursos inadequados para a resolução de problemas; Sistema comunitários ineficazes (p. Ex., falta de sistema médico de emergência, sistema de transportes ou sistema de planejamento para desastres); Sistema comunitário inexistentes;

ENFRETAMENTO defensivo (1988)		P. 118
Definição:		
Projeção repetida de uma auto-avaliação falsamente positiva, baseada em um padrão autoprotetor que defende contrá ameaças subjacentes percebidas à Autoestima positiva.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Atitude superior em relação aos outros; • Dificuldade de percepção no teste da realidade; • Dificuldade para estabelecer relacionamentos; • Dificuldade para manter relacionamentos; • Dificuldade para perceber a realidade; 		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de seguimento do tratamento; • Grandiosidade ; • Hipersensibilidade à crítica; • Hipersensibilicidade ao menosprezo; • Negação de fraquezas óbvias; • Negação de problemas óbvios; • Projeção de culpa; • Projeção de responsabilidade;

<ul style="list-style-type: none"> • Falta de participação na terapia; • Falta de participação no tratamento; • Falta de seguimento da terapia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalização de fracassos; • Ridicularização de outros; • Risco de hostilidade para com os outros;
--	--

Fatores Relacionados

A serem desenvolvidos

Nota: Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia da NANDA International, a menos que seja realizado um trabalho para levá-lo ao NE 2.1 ou superior.

Disposição para ENFRETAMENTO familiar aumentado (1980) P. 119

Definição:

Controle eficaz das tarefas adaptativas por membro da familiares envolvido com o desafio de saúde do cliente, que agora tá demonstrando desejo e disposição para saúde melhoraecréscimento com relação a si próprio e ao cliente.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Escolhe experiências que otimizam o bem estar; • Indivíduo expressa interesse em fazer contato com outra pessoa que tenha vivido situação similar; • Membro da família age para promover a saúde; | <ul style="list-style-type: none"> • Membro da família move-se em direção ao enriquecimento do estilo de vida; • Membro da família tenta descrever o impacto do crescimento da crise; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Necessidades suficientemente satisfeitas para possibilitar que aflorem metas de auto realização;

Tarefas de adaptação voltadas, com eficácia, a possibilitar o aforamento de metas de auto realização;

ENFRETAMENTO familiar comprometido (1980, 1996) P. 120

Definição:

Uma pessoa fundamental, usualmente apoiadora (membro da família ou amigo íntimo), oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficientes, ineficazes ou comprometidos, que podem ser necessários ao cliente para administrar ou controlar as tarefas adaptativas relacionadas ao seu desafio de saúde.

Características Definidoras

Objetivas	Subjetivas
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa significativa afasta-se do cliente; • Pessoa significativa mostra comportamento protetor desproporcional em relação às capacidades; • Pessoa significativa demonstra comportamento protetor desproporcional em relação à necessidade de autonomia do cliente; • A pessoa significativa entra comunicação pessoal com o cliente no 	<ul style="list-style-type: none"> • A Pessoa significativa descreve preocupação com a reação pessoal(p. ex., medo, pesar, culpa, ansie dade) à necessidade cliente; • A Pessoa significativa nifesta base de conhecimentos inadequada, que interfere na eficácia dos comportamentos de apoio; • A Pessoa significativa ma nifesta entendimento inadequado, que interfere na eficácia dos comportamentos de apoio;

<ul style="list-style-type: none"> • momento de necessidade; • Pessoa significativa tenta comportamentos de apoio, com resultados insatisfatórios; • Pessoa significativa tenta comportamentos de apoio, com resultados insatisfatórios; 	<ul style="list-style-type: none"> • O cliente expressa preocupação com a reação do outro ao problema de saúde; • O cliente expressa queixa sobre a resposta da pessoa significativa ao problema de saúde;
Fatores Relacionados	
<p>Compreensão inadequada de informação por uma pessoa fundamental ;</p> <p>Compreensão incorreta de informação por pessoa fundamental;</p> <p>Crise situacional que a pessoa pode estar enfrentando;</p> <p>Crises de desenvolvimento que a pessoa significativa pode estar enfrentando;</p> <p>Desorganização familiar temporária;</p> <p>Doença prolongada que exaure a capacidade de apoio da pessoa significativa;</p> <p>Exaustão da capacidade de apoio de pessoas significativas;</p>	<p>Falta de reciprocidade de apoio;</p> <p>Informação inadequada ;</p> <p>Informação incorreta dada por pessoa fundamental</p> <p>Mudança de papéis temporária na família;</p> <p>Pouco apoio oferecido em troca pelo cliente à pessoa fundamental;</p> <p>Preocupação temporária de uma pessoa significativa;</p> <p>Situações coexistentes que afetam a pessoa significativa;</p>

ENFRETAMENTO familiar incapacitado (1980, 1996)

P. 122

Definição:

Comportamento de pessoa significativa (membro da família ou outra pessoa fundamental) que inabilita as suas próprias capacidades e as capacidades do cliente para realizar eficacemente tarefas essenciais para a adaptação de qualquer dessas pessoas ao desafio da doença.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abandono; • Agitação; • Agressão; • Assumir sinais da doença do cliente; • Comportamentos familiares prejudiciais ao bem-estar; • Cuidado negligente do cliente em relação ao tratamento da doença; • Cuidado negligente do cliente quanto às necessidades humanas básicas; • Depressão; • Desconsideração das necessidades do cliente; • Desenvolvimento de dependência por parte do cliente; • Deserção; | <ul style="list-style-type: none"> • Distorção da realidade com relação ao problema de saúde do cliente; • Hostilidade; • Individualização prejudicada; • Intolerância; • Preocupação excessiva prolongada com o cliente; • Psicosomatização; • Realização das rotinas usuais, desconsiderando as necessidades do cliente; • Reestruturação prejudicada de uma significativa para si mesmo; • Rejeição; • Relacionamentos negligentes com outros membros da família; |
|--|--|

Fatores Relacionados

Estilos de dissonantes entre as pessoas	Manejo arbitrário da resistência da família
---	---

significativas; Estilos de enfrentamento dissonantes para lidar com tarefas adaptativas, por parda pessoa significativa e o cliente;	ao tratamento; Pessoa significativa com sentimentos cronicamente não expressos de culpa, ansiedade, hostilidade, desespero, etc.; Relacionamentos familiares altamente ambivalentes;
---	---

ENFRENTAMENTO ineficaz (1978, 1998)		P. 124
Definição: Incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de agentes químicos; • Alta taxa de doença; • Asumir riscos; • Comportamento destrutivo em relação a si; • Comportamento destrutivo em relação aos outros; • Concentração insatisfatória; • Distúrbio do sono; • Fadiga; • Falta de comportamento direcionado a objetivos/resolução de problemas, incluindo incapacidade de lidar com informações e dificuldade para organizar as informações; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de atender às expectativas do papel; • Incapacidade de satisfazer a necessidades básicas; • Mudança nos padrões habituals de comunicação; • Resolução de problema inadequada; • Uso diminuído do suporte social; • Utilização de formas de enfrentamento que impedem o comportamento assertivo; • Verbalização de incapacidade de enfrentamento; • Verbalização de incapacidade de pedir ajuda; 	
Fatores Relacionados		
Alto grau de ameaça; Crise maturacional; Crise situacional; Diferenças relacionadas ao gênero nas estratégias de enfrentamento; Incerteza; Nível inadequado de confiança na capacidade de enfrentamento; Nível inadequado de percepção de controle;	Distúrbio no padrão de alívio de tensão; Distúrbio no padrão de avaliação de ameaça; Incapacidade de conservar energias adaptativas; Oportunidade inadequada de preparar-se para estressores; Recursos disponíveis inadequados; Suporte social inadequado criado pelas características dos relacionamentos;	

Risco de ENVENENAMENTO (1980, 2006, NE 2.1)		P. 126
Definição: Risco acentuado de exposição acidental ou ingestão de substâncias ou produtos perigosos, em doses suficientes para causar envenenamento.		
Fatores Relacionados		
Externos Disponibilização de droga ilícitas, potencialmente contaminadas por	Produtos perigosos colocados ao alcance de pessoas confusas;	

aditivos perigosos; Grandes quantidades de substâncias guardadas em casa; Medicamentos guardados em armários não-trancados, acessíveis a crianças; Medicamentos guardados em armários não-trancados, acessíveis a pessoas confusas; Produtos perigosos colocados ao alcance de crianças;	Internos Dificuldades cognitivas; Dificuldades emocionais ; Falta de educação sobre medicamentos; Falta de educação sobre segurança; Falta de precauções adequadas; Verbalização de que o ambiente de trabalho nã& tem medidas de proteção adequadas; Visão diminuída;
Referências	
Centers for Disease Control & Prevention. (2005). <i>Third nationo report on human exposure to environmental cheinicais: Executive sumrnary</i> (NCEH Pub # 05-0725). Atlanta: Author.	

Disposição para EQUILÍBRIO DE LÍQUIDOS aumentado (2002, NE 2.1) P. 127	
Definição: Um padrão de equilíbrio entre o volume de líquidos e a com química dos líquidos corporais que é suficiente para satisfazer as necessidades físicas e pode ser reforçado.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Bom turgor tissular; • Desidratação; • Expressa desejo de aumentar o equilíbrio de líquidos; • Gravidade específica dentro dos limites normais; • Ingestão adequada para as necessidades diárias; • Mucosas hidratadas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma evidência de edema; • Peso estável; • Quantidade de urina eliminada apropriada para a quantidade de líquidos ingeridos; • Sem sede excessiva; • Urina de cor clara, com densidade dentro dos limites normais;

Disposição para aumento da ESPERANÇA (2006, NE 2.1) P. 128	
Definição: Padrão de expectativas e desejos que é suficiente para zar energia em benefício próprio e que pode ser fortalecido.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de intensificar a capacidade de estabelecer metas alcançaveis; • Expressa desejo de intensificar a coerênci entre expectativas e desejos; • Expressa desejo de intensificar a crença nas possibilidades; • Expressa desejo de intensificar a esperança; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de intensificar a espiritualidade; • Expressa desejo de intensificar a interconexão os outros ; • Expressa desejo de reforçar a resolução de mas para alcançar metas; • Expressa desejo de reforçar o sentimento de sent do à vida;
Fatores Relacionados	

Referências	
Benzem, E.G. (2005). The levi of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. <i>Palliative Medicine</i> , 29, 234-240.	
Benzem, E., & Saveman, B-L. (1998). One step towards the understanding of hope: A concept analysis. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 35, 322-329.	
Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. <i>Clinical Nursing Research</i> , 14, 253- 272.	

Angústia ESPIRITUAL (2006, NE 2.1)	P. 129
Definição:	Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e/ou ser maior.
Características Definidoras	
<p>Ligações consigo mesmo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culpa; • Enfrentamento insatisfatório; • Expressa falta de aceitação; • Expressa falta de amor; • Expressa falta de autoperdão; • Expressa falta de coragem; • Expressa falta de esperança; • Expressa falta de finalidade na vida; • Expressa falta de serenidade (p. ex.; paz); • Expressa falta de significado na vida; • Raiva <p>Ligações com outros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressa alienação; • Recusa integrar-se com líderes espirituais; • Recusa integrar-se com pessoas significativas; • Verbaliza estar separado de seu sistema de apoio; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligações com arte, música, literatura e natureza • É incapaz de expressar estado de criatividade anterior (p. ex., cantar/ouvir música/escrever); • Não se interessa pela natureza; • Não se interessa por literatura espiritual; <p>Ligações com um ser maior</p> <ul style="list-style-type: none"> • É incapaz de experimentar o transcendente; • É incapaz de participar de atividades religiosas; • É incapaz de rezar; • Expressa desesperança; • Expressa raiva de Deus; • Expressa sofrimento; • Expressa ter sido abandonado; • Incapacidade de introspecção; • Mudanças repentinhas práticas espirituais; • Solicita conversar com um líder religioso;
Fatores Relacionados	
Alienação social	Morrer ativo
Ansiedade	Morte
Auto-alienação	Mudança na vida
Doença crônica	Privação sociocultural
Dor	Solidão
Referências	

Risco de angústia ESPIRITUAL (1998, 2004, NE 2.1)**P. 131****Definição:**

Risco de apresentar prejuízo em sua capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de conexão, consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e/ou um ser maior.

Fatores de Risco**Físicos**

Abuso de substância;
Doença crônica;
Doença física;

Incapacidade de perdoar;

Mudança das práticas religiosas;

Mudança dos ritos religiosos;

Perda;

Relacionamentos não satisfatórios;

Separação dos sistemas de apoio;

Psicossociais

Ansiedade;
Baixa autoestima;
Bloqueios para experimentar o amor;
Conflito cultural;
Conflito racial;
Depressão;
Estresse;

Desenvolvimentais

Mudanças na vida;

Ambientais

Desastres naturais;

Mudanças no meio ambiente;

Risco de angústia ESPIRITUAL (1998, 2004, NE 2.1)**P. 132****Definição:**

Capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com outros, arte, música, literatura, natureza e/ou um ser maior que pode ser aumentada.

Características Definidoras**Ligações consigo mesmo**

- Desejo de aumentar a aceitação;
- Desejo de aumentar a alegria;
- Desejo de aumentar a coragem;
- Desejo de aumentar a entrega;
- Desejo de aumentar a esperança;
- Desejo de aumentar a finalidade da vida;
- Desejo de aumentar o amor;
- Desejo de aumentar o autoperdão;
- Desejo de aumentar o enfrentamento;
- Desejo de aumentar o significado da vida;
- Desejo de aumentar uma filosofia de vida satisfatória;
- Expressa falta de serenidade (p. ex., paz);
- Meditação;

- Pede para integrar-se com pessoas significativas;
- Pede perdão a outros;
- Presta serviços a outros;

Ligações com arte, música, literatura e natureza

- Demonstra energia crônica (p. ex., escrever, fazer poesias, cantar);
- Lê literatura espiritual;
- Ouve música;
- Passa tempo ao ar livre;

Ligações com um ser maior

- Expressa maravilhamento;
- Expressa reverência;
- Participa de atividades religiosas;
- Relata experiências místicas;
- Reza;

ESTILO DE VIDA sedentário (2004, NE 2.1)**P. 134****Definição:**

Refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Demonstra falta de condicionamento físico;• Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos | <ul style="list-style-type: none">• Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico; |
|---|--|

Fatores Relacionados

Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde; Falta de interesse;	Falta de motivação; Falta de recursos (tempo, dinheiro, companhia, estrutura); Falta de treino para fazer o exercício físico;
---	---

Síndrome do ESTRESSE POR MUDANÇA (1992, 2000)**P. 135****Definição:**

Distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de mudança de um ambiente para outro.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Alienação;• Ansiedade (p. Ex., separação)• Aumento de doença;• Dependência;• Depressão;• Distúrbio do sono;• Falta de vontade de mudar-se;• Frustação;• Insegurança;• Isolamento;• Medo;• Mudança para outro ambiente;• Perda d autoestima; | <ul style="list-style-type: none">• Perda da autovalorização;• Perda da identidade;• Pessimismo;• Preocupação;• Preocupação quanto à mudança;• Raiva;• Retraimento;• Sintomas físicos aumentados;• Solidão;• Verbalização de necessidades aumentada; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Barreira de idioma; Enfrentamento passivo; Estado de saúde diinuída; Falta de aconselhamento anterior à partida; Falta de um sistema adequada de apoio;	Imprevisibilidade da experiência; Isolamento; Perdas; Saúde psicossocial prejudicada; Sentimentos de impotência;
---	--

Risco de Síndrome do ESTRESSE POR MUDANÇA (2000)**P. 136****Definição:**

Risco de distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de mudança de um ambiente

para outro.	
Fatores de Risco	
Competência mental moderada; Enfrentamento passivo; Estado de saúde diminuída; Falta de aconselhamento anterior à partida; Falta de um sistema adequado de apoio;	Grau moderado a alto de mudança ambiental; Imprevisibilidade das experiências; Mudança de um ambiente para outro; Perdas; Sentimentos de impotência;
Referências	

Síndrome do ESTRESSE POR MUDANÇA (1992, 2000) P. 135	
Definição: Distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de mudança de um ambiente para outro.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Alienação; • Ansiedade (p. Ex., separação) • Aumento de doença; • Dependência; • Depressão; • Distúrbio do sono; • Falta de vontade de mudar-se; • Frustação; • Insegurança; • Isolamento; • Medo; • Mudança para outro ambiente; • Perda d autoestima; 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da autovalorização; • Perda da identidade; • Pessimismo; • Preocupação; • Preocupação quanto à mudança; • Raiva; • Retraimento; • Sintomas físicos aumentados; • Solidão; • Verbalização de necessidades aumentada;
Fatores Relacionados	
Barreira de idioma; Enfrentamento passivo; Estado de saúde diinuída; Falta de aconselhamento anterior à partida; Falta de um sistema adequada de apoio;	Imprevisibilidade da experiência; Isolamento; Perdas; Saúde psicossocial prejudicada; Sentimentos de impotência;

Risco de Síndrome do ESTRESSE POR MUDANÇA (2000) P. 136	
Definição: Risco de distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de mudança de um ambiente para outro.	
Fatores de Risco	
Competência mental moderada; Enfrentamento passivo; Estado de saúde diminuída;	Grau de moderado a alto de mudança ambiental; Imprevisibilidade das experiências;

Falta de aconselhamento anterior à partida; Falta de um sistema adequado de apoio;	Mudança de um ambiente para outro; Perdas; Sentimentos de impotência;
---	---

Sobrecarga de ESTRESSE (2006, NE 3.2) P. 137	
Definição: Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra aumento de sentimentos de impaciência; • Demonstra aumento de sentimentos de raiva; • Expressa aumento de sentimentos de impaciência; • Expressa aumento de sentimentos de raiva; • Expressa dificuldade de funcionamento; • Expressa problemas com a tomada de decisões; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa sensação de pressão; • Expressa sensação de tensão; • Relata estresse situacional como excessivo (p. ex., classifica o estresse em nível 7 ou acima, em uma escala de 10 pontos); • Relata impacto negativo em decorrência do estresse (p. ex., sintomas físicos, sofrimento psicossocial, sensação de “estar doente” ou de “estar para adoecer”);
Fatores Relacionados	
Estressores intensos e repeudos (p. ex., violência familiar, doença crônica, doença terminal); Múltiplos estressores concomitantes (p. ex., ameaças/exigências ambientais; ameaças/	exigências físicas; ameaças/exigências sociais); Recursos inadequados (p. ex., financeiros, sociais, educacionais! nível de conhecimentos);
Referências	
Keil, R.M.K. (2004). Coping and stress: A conceptual analysis, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 45, 659-665. Motzer, S.A., & Hertig, V. (2004). Stress, stress response and health <i>Nursing Clinics of North America</i> , 39, 1-17. Ryan-Wenger, N.A., Sharrer, VW, & Campbell, K.K. (2005). Change in children's stressors over the past 30 years. <i>Pediatric Nursing</i> , 31, 282-291.	

FADIGA (1988, 1998) P. 139	
Definição: Uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento das necessidades de repouso; • Aumento das queixas físicas; • Cansaço; • Concentração comprometida; • Desatento; • Desempenho diminuído; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono; • Introspecção; • Letárgico; • Libido comprometida; • Necessidade percebida de energia

<ul style="list-style-type: none"> • Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca; • Falta de energia; • Incapacidade de manter as rotinas habituais; • Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física; 	<ul style="list-style-type: none"> adicional para realizar tarefas de rotina; • Sentimentos de culpa por não cumprir com suas responsabilidades; • Sonolento; • Verbalização de uma constante falta de energia; • Verbalização de uma opressiva falta de energia;
Fatores Relacionados	
<p>Psicológicos:</p> <p>Ansiedade; Depressão; Estilo de vida enfadonho; Estresse;</p> <p>Ambientais:</p> <p>Barulho; Luzes; Temperatura; Umidade;</p>	<p>Situacionais:</p> <p>Eventos negativos na vida; Ocupação;</p> <p>Fisiológicos:</p> <p>Anemia; Condição física debilitada; Esforço físico aumentado; Estados de doença; Gravidez; Má nutrição; Privação de sono;</p>

Processos FAMILIARES DISFUNCIONAIS: alcoolismo (1994)

P. 141

Definição:

As funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade de familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autoperpetuadas.

Características Definidoras

Papéis e relacionamentos

- A família não demonstra respeito pela autonomia de seus membros;
- A família não demonstra respeito pela individualidade de seus membros;
- Baixa percepção do apoio paterno/materno;
- Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuos;
- Comunicação ineficaz entre os cônjuges;
- Deterioração nos relacionamentos familiares/dinâmicas familiares perturbadas;
- Disfunção da intimidade;

- Falta de coesão;
- Falta de habilidades necessárias para relacionamentos;
- Função de papel alterada;
- Negação da família;
- Obrigações negligenciadas;
- Padrão de rejeição;
- Paternidade/maternidade inconsistente;
- Perturbação nos papéis familiares;
- Problemas conjugais;
- Problemas econômicos;
- Problemas familiares crônicos;
- Relacionamentos familiares triangulados;
- Rituais familiares perturbados;
- Sistemas de comunicação fechados;

Comportamentais:

- Abuso de álcool;

- Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros;

<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de outra substância além do álcool; • Abuso verbal de pai/mãe; • Abuso verbal do cônjuge; • Abuso verbal dos filhos; • Agitação; • As ocasiões especiais da família são centradas no álcool; • Autocrítica muito rígida; • Busca de afirmação; • Busca de aprovação; • Caos; • Compreensão inadequada sobre o alcoolismo; • Comunicação contraditória; • Comunicação paradóxal; • Comunicação prejudicada; • Conflito crescente; • Conhecimentos deficientes sobre o alcoolismo; • Contato físico diminuído; • Controle da comunicação; • Críticas; • Culpa; • Culpar a si mesmo; • Dependência; • Dependência de nicotina; • Dificuldade com relacionamentos íntimos; • Dificuldade para divertir-se; • Incapacidade de receber ajuda de forma apropriada; • Incapacidade de satisfazer as necessidades de segurança dos membros da família; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de suprir as neoessências espirituais de seus membros; • Isolamento; • Luta por poder; • Manipulação; • Mentiras; • Negação de problemas; • Orientação para o alívio de tensão em vez de atingir objetivos; • Possibilidade de manter um padrão de ingestão de álcool; • Promessas rompidas; • Racionalização; • Recusa em obter ajuda; • Tristeza não-resolvida; • Distúrbios de concentração; • Distúrbios no desempenho escolar em crianças; • Doenças físicas relacionadas ao estresse; • Expressão de raiva inapropriada; • Falha em cumprir tarefas do desenvolvimento; • Falta de confiabilidade; • Falta de lidar com conflitos; • Habilidades ineficazes para a resolução de problemas; • Imaturidade; • Incapacidade de aceitar saúde; • Incapacidade de aceitar ajuda; • Incapacidade de aceitar uma vasta gama de sentimentos; • Incapacidade de adaptar-se a mudanças; • Incapacidade de expressar uma vasta gama de sentimentos; • Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas;
<p>Sentininos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono; • Amor e piedade confusos; • Ansiedade; • Autoestima diminuída; • Confusão; • Controle emocional por outros; • Culpa; • Depressão; • Desconfiança; • Desesperança; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfação; • Insegurança; • Isolamento emocional; • Medo; • Não ser amado; • Perda; • Raiva; • Raiva suprimida; • Rejeição; • Responsabilidade pelo comportamento do alcoólatra;

<ul style="list-style-type: none"> ● Desvalorização; ● Embaraço; ● Emoções reprimidas; ● Falta de identidade; ● Fracasso; ● Frustração; ● Hostilidade; ● Impotência; ● Incompreensão; ● Infelicidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ressentimento que permanece; ● Sentimentos feridos; ● Ser diferente das outras pessoas; ● Sofrimento; ● Solidão; ● Temperamento lábil; ● Tensão; ● Vergonha; ● Vulnerabilidade ;
Fatores Relacionados	
Abuso de álcool; Falta de habilidade para resolver problemas; Habilidades de enfrentamento inadequadas; História familiar de alcoolismo;	História familiar de resistência a tratamento; Influências bioquímicas; Personalidade que predispõe ao vício Predisposição genética;

Processos FAMILIARES interrompidos (1982, 1998) P. 145	
Definição: Mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> ● Mudanças em expressões de conflito com os recursos da comunidade; ● Mudanças em expressões de conflito na família; ● Mudanças em expressões de isolamento dos recursos da comunidade; ● Mudanças em padrões; Mudanças em rituais; ● Mudanças na disponibilidade para apoio emocional; ● Mudanças na disponibilidade para resposta afetiva; ● Mudanças na efetividade para completar as tarefas designadas; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mudanças na intimidade; ● Mudanças na participação na resolução de problemas; ● Mudanças na participação na tomada de decisões; ● Mudanças na satisfação com a família; ● Mudanças nas alianças de poder; ● Mudanças nas queixas somáticas; ● Mudanças nas tarefas designadas; ● Mudanças no apoio mútuo; ● Mudanças nos comportamentos de redução do estresse; ● Mudanças nos padrões de comunicação;
Fatores Relacionados	
Alteração do estado de saúde de um membro da família; Alteração do poder de membros da família; Modificação do <i>status social</i> da família; Modificação nas finanças da família; Transição desenvolvimental;	Crise de desenvolvimento; Crises situacionais; Interação com a comunidade; Transição situacional; Troca dos papéis na família;

Disposição para processos FAMILIARES melhorados (2002, NE 2.1) P. 147**Definição:**

Um padrão de funcionamento familiar que é suficiente para possibilitar o bem-estar dos membros da família e que pode ser reforçado.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• A família adapta-se a mudanças;• As tarefas da família são cumpridas;• Atividades que apóiam a segurança dos membros da família;• Atividades que apóiam o crescimento dos membros da família;• Comunicação adequada;• Expressa desejo de melhorar a dinâmica familiar;• Há equilíbrio entre autonomia e coesão;• Interdependência com a comunidade;• O funcionamento familiar satisfaz às necessidades dos membros da família; | <ul style="list-style-type: none">• O nível de energia da família possibilita as atividades diárias;• O poder de recuperação da família é evidente;• O respeito pelos membros da família é evidente;• Os laços entre os membros da família são mantidos;• Os papéis dos membros da família são adequados aos estágios de desenvolvimento;• Os papéis dos membros da família são flexíveis;• Os relacionamentos são geralmente positivos; |
|--|--|

G**Risco de GLICEMIA instável (2006, NE 2.1)**

P. 148

Definição:

Risco de variação nos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação aos parâmetros normais.

Fatores de Risco

Aumento de peso; Conhecimento deficiente sobre o controle do diabete (p. ex., plano de ação); Controle de medicamentos; Estado de saúde física; Estado de saúde mental; Estresse; Falta de aceitação do diagnóstico; Falta de adesão ao controle do diabete (p. ex., plano de ação);	Falta de controle do diabete (p. ex., plano de ação); Gravidez; Ingestão alimentar; Monitoração inadequada da glicemia; Nível de atividade física; Nível de desenvolvimento; Perda de peso; Períodos de rápido crescimento;
--	--

Referências

- American Diabetes Association. (2005). Standard of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 29, S1-S36. http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/28/suppl_1/s4.
- Bierschbach, J., Cooper, L., & Liedl, J. (2004). Insulin pumps: What every school nurse needs to know. *Journal of School Nursing*, 20, 117-123.
- U.S. Department of Health & Human Services. (2003). *Helping students with diabetes succeed: A guide for school personnel*. <http://ndep.nih.gov/resources/schooll.htm>.

H

Risco de função HEPÁTICA prejudicada (2006, NE 2.1) P. 149

Definição:

Risco de disfunção hepática.

Fatores de Risco

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">Abuso de substâncias (p. ex., álcool, cocaína);Co-infecção por HIV; Infecção viral (p. ex., hepatite A, hepatite B, hepatite C, Epstein-Barr); | <ul style="list-style-type: none">Medicamentos hepatotóxicos (p. ex., acetaminofen, estatinas); |
|---|---|

Referências

- AASLD Practice Guideline. (2004). *Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C*. Alexandria, VA: American Association for the Study of Liver Diseases.
- Hoofnagle, J.H., & Seeff, L.B. (2002). National Institute of Health consensus development conference: Management of hepatitis C. *Hepatology* (Suppl. 1), 1-20.
- Palmer, M. (2000). *Hepatitis liver disease: What you need to know*. Garden City Park, NY Avery Publishing Group.

HIPERTERMIA (1986) P. 150

Definição:

Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">Ataques;Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais;Calor ao toque; | <ul style="list-style-type: none">Convulsões;Pele avermelhada;Taquicardia;Taquipnéia; |
|--|--|

Fatores Relacionados

- | | |
|--|---|
| Anestesia;
Atividade vigorosa;
Aumento da taxa metabólica;
Desidratação;
Diminuição da capacidade para transpirar; | Doença;
Exposição a ambiente quente;
Medicamentos;
Trauma;
Vestimentas inadequadas; |
|--|---|

HIPOTERMIA (1986) P. 151

Definição:

Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">Cianose nos leitos ungueais;Hipertensão;Palidez;Pele fria;Piloereção; | <ul style="list-style-type: none">Reenchimento capilar lento;Taquicardia;Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais;Tremor; |
|---|--|

Fatores Relacionados

- | | |
|---|--|
| Consumo de álcool;
Dano ao hipotálamo; | Exposição a ambiente frio;
Inatividade; |
|---|--|

Desnutrição; Diminuição da taxa metabólica; Doença; Envelhecimento; Evaporação através da pele em ambiente frio;	Incapacidade ou diminuição da capacidade de tremer; Medicamentos; Trauma; Vestimentas inadequadas;
Referências	

I

Distúrbios da IDENTIDADE pessoal (1973, 1998)	P. 152
Definição:	
Incapacidade de distinguir entre o ei e o não-eu.	
Características Definidoras	
• A serem desenvolvidas	
Fatores Relacionados	
A serem desenvolvidos	

Definição:

Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos de evitar o próprio corpo; • Comportamentos de monitorar o próprio corpo; • Comportamentos de reconhecer o próprio corpo; • Resposta não-verbal a mudanças percebidas no corpo (p. ex., aparência, estrutura ou função); • Resposta não-verbal a mudanças reais no corpo (p. ex., aparência, estrutura ou função); • Verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função; • Verbalização de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função; | <ul style="list-style-type: none"> • Mudança na capacidade de avaliar a relação espacial do corpo com o ambiente; • Mudança no envolvimento social; • Mudança real na estrutura; • Mudança real na função; • Não olhar para uma parte do corpo; • Não tocar em parte do corpo; • Perda de parte do corpo; |
|--|--|

Subjetivas

- Despersonalização de uma parte através de pronomes impessoais;
- Despersonalização de uma perda através de pronomes impessoais;
- Ênfase nos pontos positivos que permaneceram;
- Foco na aparência do passado; Foco na força do passado;
- Foco na função do passado;
- Medo da reação dos outros;
- Medo de rejeição dos outros;
- Personalização de uma parte através de um nome;
- Personalização de uma perda através de um nome;
- Preocupação com a perda;
- Preocupação com mudança;
- Realizações aumentadas;
- Recusa em verificar mudança real;
- Sentimentos negativos em relação ao corpo (p. ex., sentimentos de desamparo, desesperança ou impotência);
- Verbalização de mudança no estilo de vida;

Objetivas

- Comportamentos de monitorar o próprio corpo;
- Comportamentos de reconhecer o próprio corpo;
- Esconder de forma não-intencional parte do corpo;
- Esconder intencionalmente parte do corpo;
- Expor intencionalmente e de forma demasiada parte do corpo;
- Expor não-intencionalmente e de forma demasiada parte do corpo;
- Extensão dos limites do corpo para incorporar objetos do ambiente;
- Trauma em parte não-funcional;

Fatores Relacionados

Biofísicos; Cirurgia; Cognitivos; Culturais; Doença; Espirituais; Lesão;	Mudanças; Desenvolvimentais; Perceptivos; Psicossociais; Tratamento da doença; Trauma;
--	---

Sentimento de IMPOTÊNCIA (1982)

P. 155

Definição:

Percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; falta de controle percebida sobre uma situação atual ou um acontecimento imediato.

Características Definidoras

Baixas

- Expressões de incerteza a respeito dos níveis de energia flutuantes;
- Passividade

- Não defende práticas de autocuidado quando desafiado;

- Não monitoriza o progresso;

- Não-participação na tomada de decisão quando são oferecidas oportunidades;

- Não-participação no cuidado quando são oferecidas oportunidades;

- Passividade;

- Raiva;

- Relutância em expressar sentimentos verdadeiros;

- Ressentimento;

Moderadas

- Culpa;
- Dependência de outros que pode resultar em irritabilidade;
- Expressão de dúvida em relação ao desempenho do papel;
- Expressões de frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas / atividades anteriores;
- Expressões de insatisfação quanto à incapacidade de realizar tarefas / atividades prévias;
- Incapacidade de buscar informações relativas ao cuidado;
- Medo de afastamento dos cuidadores;

Graves

- Apatia;
- Depressão relacionada à deterioração física;
- Expressões verbais de não ter controle (p. ex., sobre autocuidado, situações, resultados);

Fatores Relacionados

Ambiente de assistência à saúde;
Estilo de vida de desamparo;

Interação interpessoal;
Regime relacionado à doença

Risco de sentimento de IMPOTÊNCIA (2000)

P. 157

Definição:

Risco de falta de controle percebida sobre uma situação e/ou sobre a capacidade de uma pessoa de afetar significativamente um resultado.

Fatores de Risco

Fisiológicos

Doença;
Envelhecimento (p. ex., força física diminuída, mobilidade diminuída);
Lesão aguda;
Processo de doença debilitante, progressivo (p. ex., lesão de medula espinal, esclerose múltipla);
Processo de morte;

Psicossociais

Ausência de integralidade (p. ex., essência do poder);
Baixa Autoestima crônica;
Baixa Autoestima situacional;
Conhecimento deficiente (p. ex., doença ou sistema de saúde);
Estilo de vida dependente;
Imagem corporal perturbada;
Padrões inadequados de enfrentamento;

Disposição para aumento do estado de IMUNIZAÇÃO (2006, NE 2.1) P. 158

Definição:

Padrão de conformidade com protocolos de imunização locais, nacionais e/ou internacionais para prevenção de doença(s) infecciosa(s) que é suficiente para proteger uma pessoa, uma família ou uma comunidade e que pode ser reforçado.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de reforçar a condição de imunização; • Expressa desejo de reforçar a identificação de possíveis problemas associados a imunizações; • Expressa desejo de reforçar a identificação de provedores de imunizações; | <ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de reforçar o comportamento para prevenir doenças infecciosas; • Expressa desejo de reforçar o conhecimento de protocolos de imunização; • Expressa desejo de reforçar o registro das imunizações; |
|--|--|

Referências

- Centers for Disease Control. (2002). Recommended adult immunization schedule: United States, 2002-2003. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 51, 904-908.
- Davis, T.C., Frederickson, D.D., Kennen, E.M., Arnoid, C., Shoup, E., Sugar, M., et al. (2004). Childhood vaccine risk/benefit communication among public health clinics: A time motion study. *Public Health Nursing*, 21, 228-236.
- Meil, L.K., Ogren, D.S., Davis, R.L., Mullooy, J.P., Black, S.B., Shnifeid, H.R., et al. (2005). Compliance with national immunization guidelines for children younger than 2 years, 1996-1999. *Pediatrics*, 115, 461-467.

INCONTINÊNCIA intestinal (1975, 1998)

P. 159

Definição:

Mudança nos hábitos intestinais normais caracterizada por passagem involuntária de fezes.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Auto-relato de incapacidade de sentir o preenchimento retal; • Desatenção à pressão para evacuar; • Incapacidade de reconhecer a pressão para evacuar; • Incapacidade de retardar a evacuação; • Manchas de fezes na roupa de cama; | <ul style="list-style-type: none"> • Manchas de fezes nas roupas; • Odor fecal; • Pele perianal avermelhada; • Perda constante de fezes amolecidas; • Reconhece o preenchimento retal, mas relata incapacidade de expelir as fezes formadas; • Urgência; |
|---|--|

Fatores Relacionados

Abuso de laxantes; Anormalidade do esfincter anal; Capacidade do reservatório prejudicada Cognição prejudicada; Déficit no autocuidado para higiene íntima; Diarréia crônica; Diminuição geral no tônus muscular; Estresse;	Hábitos alimentares; Imobilidade; Impactação; Lesão em nervo motor inferior; Lesão em nervo motor superior; Lesões colorretais; Medicamentos ; Perda do controle do esfincter anal; Pressão abdominal anormalmente alta;
--	--

Esvaziamento intestinal incompleto; Fatores ambientais (p. ex., banheiro inacessível);	Pressão intestinal anormalmente alta;
---	---------------------------------------

INCONTINÊNCIA urinária de esforço (1986, 2006, NE 2.1) P. 161

Definição:

Perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina ao espirrar, rir ou tossir; • Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor; • Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga; • Perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina durante esforço. | <ul style="list-style-type: none"> • Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de contração do detrusor; • Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina ao espirrar, rir ou tossir; • Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga; • Relatos de perda involuntária de pequenas quantidades de urina sob esforço; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Alta pressão intra-abdominal; Deficiência intnnseca do esfínter uretral; Enfraquecimento da musculatura pélvica;	Mudanças degenerativas da musculatura pélvica;
---	--

Referências

- Agency for Health Care Policy and Research. (1992). *Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults* (AHCPR Pub. No. 92-0038). Rockville, MD: Author.
- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearing House. (2004). *Urinary incontinence in women*. Retrieved January 27, 2005 from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiWomen/index.htm>.
- NIH consensus statements. (1988). *Urinary incontinence in adults*. . Retrieved January 27, 2005 from <http://consensus.nih.gov/cons/071/071statement.htm>

INCONTINÊNCIA urinária de urgência (1986, 2006, NE 2.1) P. 163

Definição:

Perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade observada de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina; • Relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina; | <ul style="list-style-type: none"> • Relatos de perda involuntária de urina com contrações/espasmos da bexiga; • Relatos de urgência urinária; |
|---|--|

Fatores Relacionados

Capacidade vesical diminuída; Hiperatividade do detrusor, com prejuízo da contratibilidade da bexiga; Impactação fecal; Infecção do trato urinário;	Ingestão de álcool; Ingestão de cafeína; Uretrite atrófica; Uso de diuréticos; Vaginite atrófica;
Referências	
Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1992). <i>Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults</i> (AHCPR Pub. Nº. 92-0038). Rockville, MD: Author.	
National Kidney and Urologic Diseases Information Clearing House (NIDDK). (2004). <i>Urinary incontinence in women</i> . Retrieved January 27, 2005 from http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubsuiwomen/index.htm .	
NIH consensus statements. (1988). <i>Urinary incontinence in adults</i> . Lieved January 27, 2005 from http://consensus.nih.gov/cons/071/O71_statement.htm .	

Risco de INCONTINÊNCIA urinária de urgência (1998)	P. 164
Definição: Risco de perda involuntária de urina associada com súbita e forte sensação de urgência urinária.	
Fatores de Risco	
Contratilidade da bexiga prejudicada; Efeitos da cafeína; Efeitos de medicamentos; Efeitos do álcool; Hábitos de higiene íntima ineficazes; Hiper-reflexia do detrusor (p. ex., em	razão de cistites, uretrites, tumores, cálculos renais, distúrbios do sistema nervoso central acimfi do centro miccional da ponte); Pequena capacidade vesical; Relaxamento involuntário de esfincter;

INCONTINÊNCIA urinária funcional (1986, 1998)	P. 165
Definição: Incapacidade da pessoa que é usualmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar perda de urina.	
Características Definidoras	
• É capaz de esvaziar completamente a bexiga; • O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga;	• Perde urina antes de alcançar o banheiro; • Pode ser incontinente apenas de manhã cedo; • Sente desejo de urinar;
Fatores Relacionados	
Alteração nos fatores ambientais; Cognição prejudicada; Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico;	Fatores psicológicos; Limitações neuromusculares; Visão prejudicada;

INCONTINÊNCIA urinária por transbdramento (2006, NE 2.1)

P. 166

Definição:

Perda involuntária de urina associada a distensão excessiva da bexiga.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Distensão da bexiga;• Elevado volume residual após micção;• Noctúria; | <ul style="list-style-type: none">• Perda involuntária observada de pequenos volumes de urina;• Relatos de perda involuntária de pequenos volumes de urina; |
|---|--|

Fatores Relacionados

Dissinergia do detrusor do esfincter externo; Efeitos secundários de bloqueadores do canal de cálcio; Efeitos secundários de descongestionantes; Efeitos secundários de medicamentos anticolinérgicos;	Hipocontratibilidade do detrusor; Impactação fecal; Obstrução da uretra; Obstrução do colo da bexiga; Prolapso pélvico grave;
---	---

Referências

- Agency for Health Care Policy and Research. (1992). *Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults* (Pub. No. 92-0038). Rockville, MD: Author.
National Kidney and Urology Diseases Information Clearing House. (2004). *Urinary incontinence in women*. Bethesda, MD: Author.
Walsh, P. (Ed.). (2002). *Campbell's urology* (8th ed.). Philadelphia: Saunders.

INCONTINÊNCIA urinária reflexa (1986, 1998)

P. 167

Definição:

Perda involuntária de urina a intervalos de certa forma previsíveis, quando um determinado volume na bexiga é atingido.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Ausência de sensação de enchimento da bexiga;• Ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga;• Ausência de sensação para esvaziar a bexiga;• Esvaziamento completo com lesão acima do centro miccional da ponte;• Esvaziamento incompleto com lesão acima do centro miccional sacral;• Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga; | <ul style="list-style-type: none">• Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga;• Padrão previsível de esvaziamento da bexiga;• Sensação de urgência sem inibição voluntária de contração vesical;• Sensações associadas com bexiga cheia (p. ex., sudorese, agitação e desconforto abdominal); |
|--|---|

Fatores Relacionados

Dano neurológico acima do nível do centro miccional da ponte Dano neurológico acima do nível do centro miccional sacral	Dano tecidual (p. ex., devido a cistite por radiação, condições inflamatórias da bexiga ou cirurgia pélvica radical)
--	--

INCONTINÊNCIA urinária total (1986)**P. 168****Definição:**

Perda de urina contínua e imprevisível.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ausência de enchimento perineal;• Ausência de enchimento vesical;• Falta de percepção da incontinência;• Fluxo constante de urina que ocorre em momentos imprevisíveis, sem contra- | <ul style="list-style-type: none">ções/espasmos ou distensão vesical involuntária;• Noctúria;• Tratamentos para incontinência refratária malsucedidos; |
|--|--|

Fatores Relacionados

Anatômico (fistula); Contração independente do reflexo do detrusor; Disfunção neurológica; Doença que afete nervos da medula espinal;	Neuropatia que impede a transmissão do reflexo indicador de enchimento vesical; Trauma que afeta nervos da medula espinal;
--	---

Nota Este diagnóstico será retirado da edição 2009/2010 da Taxonomia da NANDA International, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE 2.1 ou superior.

Risco de INFECÇÃO (1986)**P. 169****Definição:**

Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

Fatores de Risco

Agentes farmacêuticos (p. ex., imunossupressores); Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos; Defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, diminuição da ação ciliar, estase de fluidos orgânicos, mudanças de pH das secreções, peristaltismo alterado); Defesas secundárias inadequadas (diminuição de hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta	inflamatória); Desnutrição; Destrução de tecidos; Doença crônica; Exposição ambiental aumentada a patógenos; Imunidade adquirida inadequada; Imunossupressão; Procedimentos invasivos; Ruptura das membranas amnióticas; Trauma;
---	---

INSÔNIA (2006, NE 2.1)**P. 170****Definição:**

Distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aumento do absenteísmo no trabalho ou na escola;• Falta de energia observada;• Mudanças observadas no afeto; | <ul style="list-style-type: none">• Paciente relata distúrbios do sono que produzem consequências no dia seguinte;• Paciente relata estado de saúde |
|--|--|

<ul style="list-style-type: none"> • Paciente relata acordar cedo demais; • Paciente relata aumento de acidentes; • Paciente relata dificuldade de concentração; • Paciente relata dificuldade para adormecer; • Paciente relata dificuldade para permanecer dormindo; 	<ul style="list-style-type: none"> diminuída; • Paciente relata falta de energia; • Paciente relata insatisfação com o sono (atual); • Paciente relata mudanças de humor; • Paciente relata qualidade de vida diminuída; • Paciente relata sono não-restaurador;
Fatores Relacionados	
Ansiedade; Depressão; Desconforto físico (p. ex., temperatura corporal, dor, falta de fôlego, tosse, refluxo esofágico, náusea, incontinência/urgência); Estresse (p. ex., padrão pré- sono com pensamentos ruminantes); Fatores ambientais (p. ex., ruído ambiental, exposição à luz do dia/escuridão, temperatura ambiental/umidade, ambiente desconhecido); Higiene do sono inadequada (atual);	Ingestão de álcool; Ingestão de estimulantes; Medicamentos; Medo; Mudanças hormonais periódicas relacionadas ao gênero; Padrão de atividades (p. ex., hora certa, quantidade); Pesar; Prejuízo do padrão de sono normal (p. ex., viagens, turno de trabalho, responsabilidades parentais, interrupções para intervenções);
Referências	
Linton, S., & Bryngelsson, I. (2000). Insomnia and its relationship to work and health in a working-age population. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 10, 169-183. Sateia, M., & Nowell, P (2004). Insomnia. <i>Lancet</i> , 364, 1959-1973. Walsh, J. (1999). Insomnia: Prevalence and clinical and public health considerations. <i>Family Practice Recertification</i> , 21(10), 4-11.	

* Antes denominada “Padrão de Sono Perturbado”.

INSUFICIÊNCIA do adulto PARA MELHORAR (o seu estado de saúde)* (1998)	
P. 172	
Definição:	
<p>Deterioração funcional progressiva de natureza física e cognitiva. A capacidade do indivíduo de viver com doenças multissistêmicas, enfrentar os problemas decorrentes e controlar o seu cuidado está notavelmente diminuída.</p>	<p>• Habilidades sociais diminuídas; Ingesta nutricional inadequada;</p> <p>• Negligência nas responsabilidades financeiras;</p> <p>• Declínio físico (p. ex., fadiga, desidratação, incontinência intestinal e urinária);</p> <p>• Déficit do autocuidado;</p> <p>• Estado de humor alterado;</p> <p>• Exacerbações frequentes de problemas</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade demonstrada na concentração; - Dificuldade demonstrada na memória; - Dificuldade demonstrada na tomada de decisões; - Dificuldade demonstrada nos julgamentos; - Percepção diminuída; - Problemas para responder aos estímulos ambientais; • Expressa perda de interesse por válvulas de escape prazerosas; 	<ul style="list-style-type: none"> de saúde crônicos; • Negligência no ambiente doméstico; • Participação diminuída em atividades da vida diária; • Perda de peso não-intencional de 5% em um mês e de 10% em seis meses; • Retraimento social; • Verbaliza desejo de morrer •
Fatores Relacionados	
Depressão	

*N de 1': Na versão 1999-2000, o termo *thrive*, do diagnóstico AdultFailure to Thrive, foi traduzido como “prosperar”. Posteriormente, optamos por traduzi-lo como “melhorar”, dada a conotação predominantemente financeira em geral atribuída ao conceito de prosperidade. Na edição 2003-2004, após a avaliação realizada por especialistas, decidimos mudar o título para a forma atual, considerada mais específica e congruente com a Definição do diagnóstico.

INTEGRIDADE DA PELE prejudicada (1975, 1998)

P. 174

Definição:

Epiderme e/ou derme alteradas.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Destrução de camadas da pele; • Invasão de estruturas do corpo; | <ul style="list-style-type: none"> • Rompimento da superfície da pele; |
|--|---|

Fatores Relacionados

Externos

Extremos de idade;
Fatores mecânicos (p. ex., forças abrasivas, pressão, contenção);
Hipertermia;
Hipotermia;
Imobilização física;
Medicamentos;
Pele úmida;
Radiação;
Substância química;
Umidade;

Internos

Circulação prejudicada
Déficit imunológico
Estado metabólico prejudicado
Fatores de desenvolvimento
Mudanças na pigmentação
Mudanças no estado hídrico
Mudanças no turgor
Nutrição desequilibrada (p. ex., obesidade, emagrecimento)
Proeminências ósseas
Sensações prejudicadas;

Risco de INTEGRIDADE DA PELE prejudicada (1975, 1998)

P. 175

Definição:

Risco de a pele ser alterada de forma adversa.

Fatores de Risco

Externos

Excreções;
Extremos de idade Fatores mecânicos (p. ex., forças abrasivas, pressão, contenção) ;

Internos

Circulação prejudicada Estado nutricional desequilibrado (p. ex., obesidade, emagrecimento);
Fatores de desenvolvimento;

Hipertermia; Hipotermia; Imobilização física; Pele úmida; Radiação; Secreções; Substância química; Umidade;	Fatores imunológicos; Fatores psicogênicos; Medicamentos; Mudanças na pigmentação; Mudanças no estado metabólico; Mudanças no turgor da pele; Proeminências ósseas; Sensações prejudicadas;
--	--

Nota: O risco deve ser determinado utilizando-se um instrumento de avaliação de risco.

Risco de INTEGRIDADE DA PELE prejudicada (1986, 1998) P. 176	
Definição: Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.	
Características Definidoras	
• Tecido destruído	• Tecido lesado (p. ex., córnea, mucosas, pele ou tecido subcutâneo);
Fatores Relacionados	
Circulação alterada; Déficit de conhecimento; Déficit de líquidos; Excesso de líquidos; Extremos de temperatura; Fatores nutricionais (p. ex., déficit ou excesso);	Irritantes químicos; Mecânicos (p. ex., pressão, abrasão, fricção); Mobilidade física prejudicada; Radiação (inclusive radioterapia);

INTERAÇÃO SOCIAL prejudicada (1986) P. 177	
Definição: Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.	
Características Definidoras	
• Comportamentos de interação social malsucedidos; • Desconforto em situações sociais; • Incapacidade de comunicar uma sensação satisfatória de envolvimento social (p. ex., pertinência, cuidado, interesse, história compartilhada);	• Incapacidade de receber uma sensação satisfatória de envolvimento social (p. ex., pertinência, cuidado, interesse, história compartilhada); • Intereração disfuncional com outras pessoas ;Relato familiar de mudança na interação (p. ex., estilo, padrão)
Fatores Relacionados	
Ausência de pessoas significativas; Barreiras ambientais; Barreiras de comunicação; Déficit de maneiras de fortalecer a mutualidade (p. ex., conhecimento, habilidades);	Dissonância sociocultural; Distúrbio no autoconceito; Isolamento terapêutico; Mobilidade física limitada; Processos de pensamento perturbados;

Síndrome da INTERPRETAÇÃO AMBIENTAL prejudicada (1994) P. 178

Definição:

Consistente falta de orientação quanto a pessoa, lugar, tempo ou circunstâncias por mais de 3 a 6 meses, necessitando de um ambiente protetor.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Desorientação consistente; • Estados crônicos de confusão; • Incapacidade de concentrar-se ; • Incapacidade de raciocinar; | <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de seguir instruções simples; • Lentidão para responder a perguntas; • Perda de função social; • Perda de trabalho; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Coréia de Huntington Demência	Depressão
----------------------------------	-----------

ISOLAMENTO SOCIAL (1982)

P. 179

Definição:

Solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

Características Definidoras

<p>Objetivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ações repetitivas; • Ações sem sentido; • Afeto embotado; • Afeto triste; • Apresenta comportamento não-aceito pelo grupo cultural dominante; • Ausência de pessoas significativas; • Comportamentos inapropriados para o estágio de desenvolvimento; • Doença; • Evidência de deficiência (p. ex., física, mental); • Não-comunicativo; • Preocupação com os próprios pensamentos; • Procura ficar sozinho; 	<ul style="list-style-type: none"> • Projeta hostilidade; • Retraído em contato visual; • Vive em uma subcultura; <p>Subjetivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experimenta sentimentos de diferenças com relação aos outros; • Expressa sentimentos de rejeição; • Expressa sentimentos de solidão imposta por outros; • Expressa valores inaceitáveis para o grupo cultural dominante; • Inadequação de finalidade na vida; • Incapacidade de atender às expectativas de outros; • Insegurança em público; • Interesses inapropriados para idade/ estágio de desenvolvimento;
---	--

Fatores Relacionados

Alterações na aparência física; Alterações no estado mental; Bem-estar alterado; Comportamento social inaceitável; Fatores que contribuem para a ausência de relacionamentos pessoais satisfatórios (p. ex., demora em realizar tarefas de	desenvolvimento); Incapacidade de engajar- em relacionamentos pessoais satisfatórios; Interesses imaturos; Recursos pessoais inadequados; Valores sociais inaceitáveis;
--	---

L

Manutenção do LAR prejudicada (1980)

P. 181

Definição:

Incapacidade de manter de forma independente um ambiente imediato seguro e que promova o crescimento.

Características Definidoras

Subjetivas

- Membros da famflia descrevem crises financeiras;
- Membros da família descrevem grandes dívidas;
- Membros da família expressam dificuldade para manter a sua casa confortável;
- Membros da família pedem ajuda para a manutenção da casa;

Objetivas

- Ambiente desordenado;
- Ambiente sujo;
- Falta de equipamentos necessários;

- Falta de roupas;
- Falta de roupas de cama;
- Infecções repetidas por falta de higiene;
- Membros da família sobreacarregados;
- Odores desagradáveis;
- Presença de insetos ou roedores;
- Repetidos distúrbios de higiene;
- Roupas de cama insuficientes;
- Roupas em quantidade insuficiente;
- Temperatura da casa inadequada;
- Utensiios de cozinha indisponíveis;

Fatores Relacionados

Conhecimento deficiente; Doença; Falta de familiaridade com os recursos da vizinhança; Falta de modelo de papel; Finanças insuficientes;	Funções prejudicadas; Lesão; Organização familiar insuficiente; Planejamento familiar insuficiente; Sistemas de apoio inadequados;
--	--

Risco de LESÃO (1978)

P. 183

Definição:

Risco de lesão, como resultado de condições ambientaisinteragindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.

Fatores de Risco

Externos

- Biológicos (p. ex., nível de imunização da comunida de microrganismo);
- Físicos (p. ex., projeto, estrutura e organização da comunidade, do edifício e/ou equipamento);
- Humanos (p. ex., agentes nosocomiais, padrões de contratação de funcionários, fatores cognitivos, afetivos e psicomotores);
- Meio de transporte;
- Nutricionais (p. ex., vitaminas, tipos de alimentôs);

Internos

- Disfunção bioquímica;
- Disfunção dos efetores;
- Disfunção imune/auto-imune;
- Disfunção integrativa;
- Disfunção sensorial;
- Físicos (p. ex., pele lesionada, mobilidade alterada);
- Hipoxia tecidual;
- Idade do desenvolvimento (fisiológico, psicossocial);
- Má nutrição;
- Perfil sanguíneo anormal (p. ex.,

Químicos (p. ex., poluentes, venenos, drogas, agentes farmacêuticos, álcool, cafeína, nicotina, preservativos, cosméticos, corantes);	leucocitose/leucopenia, fatores de coagulação alterados, trombocitopenia, anemia falciforme, talassemia, diminuição da hemoglobina); Psicológicos (orientação afetiva);
---	---

Risco de LESÃO perioperatória por posicionamento (1994, 2006, NE 2.1) P. 184

Definição:

Risco de mudanças anatômicas e físicas involuntárias, resultantes de postura ou equipamento usado durante procedimento invasivo/cirúrgico.

Fatores de Risco

Desorientação;	Emaciação;
Distúrbios sensoriais/ perceptivos decorrentes da anestesia;	Fraqueza muscular;
Edema;	Imobilização;

Referências

- Ali, A., Breslin, D., Hardman, H., & Martin, G. (2003). Unusual presentation and complication of the prone position for spinal surgery *Journal of Clinical Anesthesia*, 15, 471-473.
- Fritzlen, T., Kremer, M., & Biddle, C. (2003). The AANA Foundation Closed Mailpractice Claims Study on nerve injuries during anesthesia care. *AANA Journal*, 71, 347-352.
- Litwiller, J., Wells, R. Jr, Halliwill, J., Carmichael, S., & Warner, M (2004). Effect of lithotomy positions on strain of the obturator and lateral femoral cutaneous nerves. *Clinical Anatomy*, 17, 45-49.

M

MEDO (1980, 1996, 2000)	P. 185
Definição:	
Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Relato de alarme; Relato de apreensão; • Relato de auto segurança diminuída; • Relato de estar assustado; • Relato de excitação; • Relato de horror; • Relato de nervosismo; • Relato de pânico; • Relato de tensão aumentada; • Relato de terror; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de alerta aumentado; • Foco direcionado para a fonte do medo; • Impulsividade;
Cognitivas	Fisiológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de aprendizagem diminuída; • Capacidade de resolução de problemas diminuída; 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia; • Boca seca; • Contração muscular; • Diarréia; • Dilatação pupilar; • Dispneia; • Fadiga; • Frequência respiratória aumentada; • Náusea;

<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos entendidos como ameaça; • Identifica objeto do medo; • Produtividade diminuída; <p>Comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos de ataque; • Comportamentos de prevenção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez; • Perspiração aumentada; • Pressão sanguínea sistólica aumentada; • Pulso aumentado; • Vômito;
Fatores Relacionados	
Barreira de língua; Dano sensorial; Estímulo fóbico; Falta de familiaridade com experiência(s) ambiental(is); Liberadores inatos (neurotransmissores); Origem inata (p. ex., barulho súbito, altura, dor, perda de apoio físico);	Resposta aprendida (p. ex., condicionamento, modelo ou identificação com outros); Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (p. ex., hospitalização, procedimentos hospitalares);

MEMÓRIA prejudicada (1994)		P. 187
Definição:		
Incapacidade de lembrar ou recordar partes de informação ou habilidades comportamentais.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado; • Experiências de esquecimento; • Incapacidade de aprender novas habilidades; • Incapacidade de aprender novas informações; • Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada; 		<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida; • Incapacidade de recordar eventos; • Incapacidade de recordar informações factuais; • Incapacidade de reter novas habilidades; • Incapacidade de reter novas informações;
Fatores Relacionados		
Anemia; Débito cardíaco diminuído; Desequilíbrio hídrico e eletrolítico;		Distúrbios ambientais excessivos; Distúrbios neurológicos Hipoxia;

MOBILIDADE com cadeira de rodas prejudicada (1998, 2006, NE 2.1)		P. 188
Definição:		
Limitação da operação independente com cadeira de rodas pelo ambiente.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em acente; • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em declive; • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em superfície irregular; 		<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em declive; • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em superfície irregular; • Capacidade prejudicada de operar

<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual no meio-fio; • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual sobre superfície regular; 	<ul style="list-style-type: none"> cadeira de rodas motorizada em acente; • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada no meio-fio; • Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada sobre superfície regular;
Fatores Relacionados	
Conhecimento deficiente; Descondicionamento; Dor; Força muscular insuficiente; Humor depressivo; Limites ambientais (p. ex., escadas, acentes e declives, superfícies irregulares, obstáculos sem segurança, distâncias, falta de dispositivos	auxiliares ou de pessoa auxiliar, tipo de cadeira de rodas); Obesidade; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular (p. ex., contraturas); Resistência limitada; Visão prejudicada;
Referências	
<p>Brouwer, K., Nysseknabm, J., & Culham, E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear offalling. <i>Gerontology</i>, 50, 15-141.</p> <p>Lewis, C.L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S.P (2004). Characteristics of individuais who fell while receiving home health services. <i>Physical Therapy</i>, 84(1), 23-32.</p> <p>Tinetti, M.E., & Ginter, S.F. (1988). Identifying mobility dysfunction in elderly persons. <i>Journal of the American Medical Association</i>, 259, 1190-1193.</p>	

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala fundo na padronizada.

MOBILIDADE física prejudicada (1973, 1998)	P. 190
Definição:	
Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Amplitude limitada de movimento; • Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas; • Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas; • Dificuldade para virar-se; • Dispneia ao esforço; • Engaja-se em substituições de movimentos (p. ex., atenção aumentada à atividade de outra pessoa, 	comportamento controlador, foco em deficiência/atividade anterior à doença); <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade postural; • Movimentos descontrolados; • Movimentos lentos; • Movimentos não-coordenados; • Mudanças na marcha; • Tempo de reação diminuído; • Tremor induzido pelo movimento;
Fatores Relacionados	
Ansiedade; Atraso de desenvolvimento; Conhecimento deficiente quanto ao valor da atividade física; Contraturas;	Falta de suporte socioambiental (p. ex., físico ou social); Força muscular diminuída; Índice de massa corporal acima dos 75% apropriados para a idade;

Controle muscular diminuído; Crenças culturais em relação à atividade apropriada para a idade; Descondicionamento; Desconforto; Desnutrição; Desuso; Diminuição da massa muscular; Dor; Enrijecimento das articulações ; Estado de espírito deprimido; Estilo de vida sedentário;	Intolerância à atividade; Medicamentos Metabolismo celular alterado Perda de integridade; de estruturas ósseas Prejuízo cognitivo; Prejuízos musculoesqueléticos; Prejuízos neuromusculares; Prejuízos sensório-perceptivos; Relutância em iniciar o movimento; Resistência cardiovascular limitada; Resistência diminuída Restrições prescritas de movimento;
---	---

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala fundo na padronizada.

MOBILIDADE no leito prejudicada (1998, 2006, NE 2.1)

P. 192

Definição:

Limitação para movimentar-se de forma independente uma posição para outra no leito.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade prejudicada de “esquivar-se” ou reposicionar-se na cama; • Capacidade prejudicada de mover-se da posição prona para a posição supina; • Capacidade prejudicada de mover-se da posição sentada com as pernas alongadas para a posição supina; • Capacidade prejudicada de mover-se da posição sentada para a posição supina; | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição prona; • Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada; • Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada com as pernas alongadas; • Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro; |
|---|---|

Fatores Relacionados

- | | |
|---|---|
| Conhecimento deficiente;
Descondicionamento;
Dor;
Força muscular insuficiente;
Limites ambientais (i.e., tamanho da cama, tipo de cama, equipamento para tratamento, imobilizadores); | Medicamentos sedativos;
Obesidade;
Prejuízo cognitivo;
Prejuízo musculoesquelético;
Prejuízo neuromuscular; |
|---|---|

Referências

- | |
|--|
| <p>Brouwer, K., Nysseknabm, J., & Culham, E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear of falling. Gerontology, 50, 15441.</p> <p>Lewis, C.L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S.P (2004). Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. Physccal Therapy, 84(1) 23-32</p> <p>Tinetti, M E , & Ginter, S F (1988) Identifying mobihty dysfunction in elderly persons. Journal of American Medical Association, 259, 1190-1193.</p> |
|--|

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala fundo na padronizada.

Sofrimento MORAL (2006, NE 2.1)

P. 194

Definição: Resposta à incapacidade de pôr em prática as decisões/ações éticas/morais escolhidas.	
Características Definidoras	
• Expressa angústia (p. ex., impotência, culpa, frustração, ansiedade, dúvida sobre si mesmo, medo) em relação à dificuldade de agir de acordo com a, própria escolha moral;	
Fatores Relacionados	
Conflito entre tomadores de decisão; Conflitos culturais; Decisões de final de vida; Decisões sobre tratamento; Distância física do tomador de decisão;	Informações conflitantes que orientam a tomada de decisões éticas; Informações conflitantes que orientam a tomada de decisões morais; Limites de tempo para tomada de decisão; Perda da autonomia;
Referências	
Corley, M., Elswick, R., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Developmei and evaluation of a moral distress scale. <i>Journal ofAdvanced Nur sing</i> , 33, 250-256. Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsi- bility and nursing practice. <i>AWHONN's Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing</i> , 4, 542-551. Kopala, B., & Burkhardt, L. (2005). Ethical dilemma and mora distress: Proposed new NANDA diagnoses. <i>International Journal q Nursing Terminologies and Classiflcations</i> , 16, 3-13.	

Risco de síndrome de MORTE SÚBITA do bebê (2002, NE 3.3)	P. 195
Definição: Presença de fatores de risco de morte súbita de uma criança com menos de um ano de idade.	
Fatores de Risco	
Modificáveis Atraso nos cuidados do pré-natal; Bebês colocados para dormir de bruços; Bebês colocados para dormir de lado; Colchão muito macio (itens soltos no ambiente de dormir); Excesso de roupas no bebê; Exposição do bebê a fumaça no período pós-natal; Exposição do bebê a fumaça no período pré-natal; Falta de cuidados no pré-natal; Superaquecimento do bebê;	Potencialmente modificáveis Baixo peso ao nascer; Mãe muito jovem; Prematuridade;
Não-modificáveis Etnia (p. ex., mãe de descendência africana ou indígena); Idade do bebê entre 2 e 4 meses; Sazonalidade das mortes por SMSB (outono e inverno); Sexo masculino;	

MUCOSA ORAL prejudicada (1982, 1998)	P. 196
Definição: Lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral.	
Características Definidoras	
• Amígdalas aumentadas;	• Língua lisa, atrófica;

<ul style="list-style-type: none"> • Bolsas gengivais mais profundas do que 4 mm; • Descamação; • Desconforto oral; • Desprendimento da mucosa; • Dificuldade para comer; • Dificuldade para engolir; • Dificuldades na fala; • Dor oral; • Drenagem purulenta; • Edema; • Estomatite; • Exsudato semelhante a leite coagulado; • Exsudatos purulentos; • Fissuras; • Halitose; • Hiperemia; • Hiperplasia gengival; • Lesões orais; • Língua geográfica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Língua saburrosa; • Macroplasia; • Manchas esponjosas; • Manchas/placas brancas; • Nódulos; • Nódulos vermelhos ou azulados (p. ex., hemangiomas); • Paladar diminuído; • Palidez da mucosa; • Palidez gengival; • Pápulas; • Presença de patógenos; • Queilite; • Relato de gosto ruim na boca; • Retração gengival; • Sangramento; • Úlceras orais; • Vesículas; • Xerostomia;
Fatores Relacionados	
Barreiras ao cuidado profissional; Comprometimento imunológico; Conhecimento deficiente sobre higiene oral adequada; Depressão; Desidratação; Desnutrição; Diminuição da salivação; Efeitos colaterais de medicamentos; Estresse; Fatores mecânicos (p. ex., dentaduras mal-ajustadas, aparelhos de correção dental, tubos [endotraqueal/ nasogástrico], cirurgia na cavidade oral); Fenda labial; Fenda palatina;	Higiene oral ineficaz; Imunossupressão; Infecção; Irritantes químicos (p. ex., álcool, tabaco, alimentos ácidos, drogas, uso regular de inalantes ou outros agentes nocivos); Jejum oral por mais de 24 horas; Níveis hormonais diminuídos (mulheres); Obstáculos ao autocuidado oral; Perda de estruturas de apoio; Plaquetas diminuídas; Quimioterapia; Radioterapia; Respiração pela boca; Trauma;

N

NÁUSEA (1998, 2002, NE 21)

P. 198

Definição:

Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte de trás da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar.

Características Definidoras

Aversão à comida; Deglutição	Relato de náusea; Salivação
------------------------------	-----------------------------

aumentada;Gosto amargo na boca; •	aumentada;Sensação de vômito; •
Fatores Relacionados	
Referentes ao tratamento Distensão gástrica; Fármacos; Irritação gástrica;	Meningite; Pressão intracraniana aumentada; Toxinas (p. ex., peptídeos produzidos por tui metabólitos anormais devido ao câncer); Tumores intra-abdominais; Tumores localizados (p. ex., neuroma do acústico, t more cerebrais primários ou secundários, metástasc óssea na base do crânio);
Biofísicos Cinetose; Distensão da cápsula do fígado; Distensão da cápsula esplênica; Distensão gástrica; Distúrbios bioquímicos (p. ex., uremia, cetoacidose diabética, gravidez); Doença de Menière; Doença esofágica; Doença pancreática; Dor; Irritação gástrica; Labirintite;	Situacionais Ansiedade; Dor; Estimulo visual desagradavel; Fatores psicológicos; Medo; Odores nocivos; Sabor nocivo;

NEGAÇÃO ineficaz (1988. 2006, NE 2.1)

P. 200

Definição:

Tentativa consciente ou inconsciente de negar o conhecimento ou o significado de um evento para reduzir ansiedade! medo, mas que leva ao comprometimento da saúde.

Características Definidoras

Ao falar sobre acontecimentos angustiantes, faz comentários como se quisesse mandá-los embora;Ao falar sobre acontecimentos angustiantes, faz gestos como se os mandasse embora;Demonstra afeto inadequado;Desloca a fonte dos sintomas para outros órgãos;Desloca o medo do impacto da condição;E incapaz de admitir o impacto da doença no padrão de vida; •	Minimiza os sintomas;Não admite medo da morte;Não admite medo de invalidez;Não percebe relevância pessoal de perigo;Não percebe relevância pessoal de sintomas;Recusa assistência à saúde em detrimento da mesma;Retarda a procura de assistência à saúde em detrimento da mesma;Utiliza autotratamento; •
---	---

Fatores Relacionados

Ameaça de inadequação para lidar com emoções fortes; Ameaça de realidade desagradável; Ansiedade; Estresse demaisado;	Falta de competência para usar mecanismos eficientes de enfrentamento; Falta de controle sobre situação de vida; Medo da morte; Medo da separação;
--	---

Falta de apoio emocional de outras pessoas;	Medo de perda da autonomia;
Referências	
Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation coping and psychological constructs. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 4(2), 84-96.	
Mogg, K., Mathews, A., Bird, C., & MacGregor-Morris, R. (1990). Effects of stress and anxiety on the processing of threat stimuli. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> , 59, 1230-1237.	
Sandstrom, M.J., & Cramer, P (2003). Defense mechanisms and psychological adjustment in childhood. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i> , 191, 487-495.	

NEGLIGÊNCIA UNILATERAL (1986, 2006, NE 2.1)

P. 202

Definição:

Prejuízo na resposta sensorial e motora, nas representações mentais e na atenção espacial do corpo e do ambiente correspondente, caracterizado por desatenção a um dos lados do corpo e atenção excessiva ao lado oposto. A negligência do lado esquerdo é mais grave e persistente que a do lado direito.

Características Definidoras

- Conservação de *tarefas* motoras visuais no lado não negligenciado;
- Deixa comida no prato do lado negligenciado;
- Deslocamento de sons para o lado não-negligenciado;
- Desvio* marcante da cabeça para o lado não negligenciado, para estímulos e atividades naquele lado;
- Desvio* marcante do tronco para o lado não negligenciado, para estímulos e atividades naquele lado;
- Desvio* marcante dos olhos para o lado não negligenciado, para estímulos e atividades naquele lado;
- Dificuldade para lembrar detalhes de • Falha em movimentar os membros no hemiespaço negligenciado, apesar de perceber um estímulo nesse espaço;
- Falha em movimentar os olhos no hemiespaço negligenciado, apesar de perceber um estímulo nesse espaço;
- Falha em perceber pessoas que se aproximam a partir do lado negligenciado;
- Falha em vestir o lado negligenciado;
- Falha para cancelar linhas na metade da página relativa ao lado negligenciado;
- Falta de precauções de segurança em relação ao lado negligenciado;
- Omissão ao desenhar na metade da

<p>cenas familiares com representação interna, localizadas no lado negligenciado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distorção de desenhos na metade da página relativa ao lado negligenciado; • Falha em cuidar da estética do lado negligenciado; • Falha em movimentar a cabeça no hemiespaço negligenciado, apesar de perceber um estímulo nesse espaço; • Falha em movimentar o tronco no hemiespaço negligenciado, apesar de perceber um estímulo nesse espaço; 	<p>página correspondente ao lado negligenciado;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parece não perceber posicionamento do membro negligenciado; • Substituição de letras ao ler, para formar palavras alternativas similares em extensão às originais; • Transferência de sensação de dor para o lado não-negligenciado; • Uso de apenas metade vertical da página ao escrever;
Fatores Relacionados	
<p>Hemianopsia; Hemiplegia do lado esquerdo decorrente de AVC do hemisfério direito; Lesão cerebral decorrente de doença neurológica;</p>	<p>Lesão cerebral decorrente de problemas cerebrovasculares; Lesão cerebral decorrente de trauma; Lesão cerebral decorrente de tumor;</p>
Referências	
<p>Rusconi, M.L., Maravita, A., Bottini, G., & Vailar, G. (2002). Is the intact side really intact? Perseverative responses in patients with unilateral neglect: A productive manifestation. <i>Neuropsychologia</i>, 40, 594-604.</p> <p>Swan, L. (2001). Unilateral spatial neglect. <i>Physical Therapy</i>, 81, 1572-1580.</p> <p>Weitzel, E.A. (2001). Unilateral neglect. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. TitJer, & J. Specht (Eds.). <i>Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes, and interventions</i> (pp. 492-502). St. Louis: Mosby, mc.</p>	

*Como se levado, por magnetismo, a estímulos e a atividades naquele lado.

Risco de disfunção NEUROVASCULAR periférica (1992)	P. 204
Definição: Risco de distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade.	
Fatores de Risco	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia ortopédica; • Compressão mecânica (p. ex., torniquete, cobertura, atadura, curativo ou restrição); 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraturas; • Imobilização; • Obstrução vascular; • Queimaduras; • Trauma;

Disposição para NUTRIÇÃO melhorada (2002, NE 21)	P. 205
Definição: Um padrão de ingestão de nutrientes que é suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas e que pode ser reforçado.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Alimenta-se regularmente; Armazena alimentos e líquidos com segurança; • Atitude em relação à bebida coerente 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa conhecimento sobre escolhas saudáveis de líquidos; • Expressa desejo de melhorar a sua

<p>com as metas de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atitude em relação à comida coerente com as metas de saúde Consome alimentos adequados; • Consome líquidos adequados; • Expressa conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis; 	<p>nutrição;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prepara os alimentos com segurança; • Prepara os líquidos com segurança; • Segue um padrão apropriado de alimentação (p. ex., pirâmide de alimentos ou normas da American Diabetic Association);
---	---

NUTRIÇÃO desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (1975, 2000)

P. 206

Definição:

Ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comer em resposta a estímulos externos (p. ex., hora do dia, situação social); • Comer em resposta a estímulos internos que não a fome (p. ex., ansiedade); • Dobra da pele do tríceps; • > 25 mm em mulheres e; • > 15 mm em homens; | <ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de alimentos concentrada no final do dia; • Nível de atividade sedentário; • Padrão de alimentação disfuncional (p. ex., associa comida com outras atividades); • Peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas.

Risco de NUTRIÇÃO desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (1980, 2000)

P. 207

Definição:

Risco de ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas.

Fatores de Risco

<p>Associação de comida com outras atividades;</p> <p>Comer em resposta a estímulo externos (p. ex., hora do dia, situação social);</p> <p>Comer em resposta a estímulos internos que não a fome (p. ex., ansiedade);</p> <p>Disfunção dos padrões alimentares;</p> <p>Ingestão de alimentos concentrada no final do dia;</p> <p>Obesidade em um ou ambos os pais;</p>	<p>Peso acima da faixa de normalidade no início de cada gravidez;</p> <p>Relato de uso de alimentos sólidos como a maior fonte de alimentos antes dos 5 meses de idade;</p> <p>Transição rápida entre percentis de crescimento em crianças;</p> <p>Uso observado de comida como medida de conforto;</p> <p>Uso observado de comida como recompensa;</p>
--	---

NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (1975, 2000)

P. 208

Definição:

Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aversão ao ato de comer; • Cavidade bucal ferida; • Cólicas abdominais; • Conceitos errados; • Diarréia; • Dor abdominal; • Esteatorréia; • Falta de comida; • Falta de <i>informação</i>; • Falta de interesse na comida; • Fragilidade capilar; • Fraqueza dos músculos necessários à deglutição ou à mastigação; • Incapacidade percebida de ingerir comida; | <ul style="list-style-type: none"> • Informação incorreta; • Mucosas páldas Perda de peso com ingestão adequada de comida; • Perda excessiva de cabelos; • Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal; • Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR (porção diária recomendada); • Relato de sensação de sabor alterada; • Ruídos intestinais hiperativos; • Saciedade imediatamente após a ingestão de comida; • Tônus muscular insatisfatório; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Fatores biológicos; Fatores econômicos; Fatores psicológicos;	Incapacidade de absorver nutrientes; Incapacidade de digerir os alimentos; Incapacidade de ingerir os alimentos;
---	--

P

Conflito no desempenho do PAPEL de pai/mãe (1988)

P. 209

Definição:

Pai/mãe experimenta confusão no desempenho de seu papel e conflito em resposta a uma crise.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Distúrbio demonstrado nas rotinas de cuidado; • Expressa(m) preocupação a respeito de perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho; • Medo; • Pai e/ou mãe expressa(m) preocupação(ões) em relação à família (p. ex., funcionamento, comunicação, saúde); • Pai e/ou mãe expressa(m) preocupação(ões) em relação a mudanças no papel paterno/materno; | <ul style="list-style-type: none"> • Pai e/ou mãe expressa(m) preocupação(ões) sobre inadequação para atender às necessidades do filho (p. ex., físicas, emocionais); • Pai e/ou mãe expressa(m) sentimento(s) de inadequação para atender às necessidades do filho (p. ex., físicas, emocionais); • Relutante(s) em participar de atividades usuais de cuidado, mesmo com encorajamento e apoio; • Verbaliza(m) sentimentos de culpa; • Verbaliza(m) sentimentos de frustração; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Centros de cuidados especializados Cuidado domiciliar de uma criança com	Intimidação com relação a modalidades modalidades invasivas (p. ex., intubação);
---	--

necessidades especiais Interrupções da vida familiar em virtude do regime de cuidado domiciliar (p. ex., tratamentos, cuidadores, falta de descanso);	Intimidação com relação a modalidades de tratamento restritivas (p. ex., isolamento); Mudança na situação conjugal; Separação da criança por doença crônica;
--	--

Desempenho de PAPEL ineficaz (1978, 1996, 1998)

P. 211

Definição:

Padrões de comportamento e auto-expressão que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Adaptação inadequada à mudança; • Ambivalência de papel; • Ansiedade; • Apoio externo inadequado para o desempenho do papel; • Assédio; • Autocontrole inadequado; • Competência inadequada para o papel; • Confiança inadequada; • Conflito de papéis; • Conflito de sistema; • Confusão de papéis; • Conhecimento deficiente; • Depressão; • Discriminação; • Enfrentamento inadequado; • Expectativas de desenvolvimento impróprias; • Habilidades inadequadas; | <ul style="list-style-type: none"> • Incerteza; • Insatisfação com o papel; • Motivação inadequada; • Mudança na autopercepção do papel; • Mudança na capacidade de reassumir o papel; • Mudança na percepção de outros sobre o papel; • Mudança nos padrões habituais de responsabilidade; • Negação do papel; • Oportunidades inadequadas para desempenho do papel; • Percepções de papel alteradas; • Pessimismo; • Sentimento de impotência; • Sobrecarga de papéis; • Tensão do papel; • Violência doméstica; |
|--|---|

Fatores Relacionados

Sociais Baixo status socioeconômico; Conflito; Estresse ; Exigências do horário de trabalho; Falta de recompensas; Falta de recursos; Juventude; Nível de desenvolvimento; Sistema de apoio inadequado; Socialização inadequada do papel; Vínculo inadequado com o sistema de saúde; Violência doméstica;	Falta de educação; Falta de modelo do papel; Modelo inadequado do papel; Preparo inadequado do papel (p. ex., transição de papel, ensaio das habilidades, validação);
De conhecimento	Fisiológicos Abuso de substância; Alteração da imagem corporal; Baixa Autoestima; Defeitos neurológicos; Deficits cognitivos; Depressão; Doença física; Doença mental;

Expectativas não-realistas a respeito do papel;	Dor; Fadiga;
---	-----------------

Tensão do PAPEL de cuidador (1992, 1998, 2000)

P. 213

Definição:

Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família.

Características Definidoras

Atividades de cuidado

- Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à capacidade do cuidador para oferecer cuidados;
- Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor de cuidados;
- Apreensão quanto à possível institucionalização do receptor de cuidados;
- Apreensão quanto aos cuidados que o receptor deve ter caso o cuidador seja incapaz de oferecer-lhos;
- Dificuldade para concluir as tarefas necessárias;
- Dificuldade para realizar as atividades necessárias;
- Mudanças disfuncionais nas atividades de cuidado;
- Preocupação com a rotina de cuidados;

- Estresse;
- Falta de tempo para atender as necessidades pessoais;
- Frustração;
- Impaciência;
- Labilidade emocional;
- Nervosismo aumentado;
- Raiva;
- Sensação de depressão;
- Somatização;
- Sono perturbado;

Socioeconômica

- Afastamento da vida social;
- Baixa produtividade no trabalho;
- Mudanças nas atividades de lazer;
- Recusas de promoções na carreira;

Relacionamento entre o cuidador e o receptor de cuidados

- Dificuldade de observar a evolução da

Estado de saúde do cuidador	doença do receptor de cuidados;
Física	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaléias; • Diabete; • Doença cardiovascular; • Exantema; • Fadiga;
Emocional	<p>Processos familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflito familiar; • Preocupação com relação aos membros da família;
Enfrentamento individual prejudicado;	
Fatores Relacionados	
Estado de saúde do cuidador	Relacionamento entre o cuidador e o receptor de cuidados
Adicção	Estado mental do idoso inibindo a conversa;
Aumento da necessidade de cuidados;	Expectativas não realistas do receptor de cuidados quanto ao seu cuidador;
Co-dependência;	História de relacionamento insatisfatório;
Comportamento problemáticos;	Presença de abuso;
Cronicidade da doença;	Presença de violência;
Dependência;	
Gravidade da doença;	
Imprevisibilidade do curso da doença;	
Instabilidade da saúde do receptor de cuidados;	
Problemas cognitivos;	
Problemas psicológicos;	
Atividades de cuidado	Processos familiares
Alta hospitalar de membros da família com necessidade significativas de cuidados	Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidados (p. ex., acomodações, temperatura, segurança);
Anos de cuidados;	Apoio formal;
Complexidade das atividades;	Apoio informal;
Imprevisibilidade da situação de cuidado;	Assistência formal;
Mudanças contínuas nas atividades;	Assistência informal;
Quantidade de atividades;	Dificuldade de acesso aos recursos da comunidade;
Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia;	Energia física;
	Equipamentos inadequados para o oferecimento de cuidados;
	Falta de apoio;
	Falta de conhecimento sobre os recursos da comunidade;
	Falta de privacidade do cuidador;
	Força emocional;
	História de disfunção familiar;
	História de enfrentamento familiar marginal;
	Inexperiência em executar cuidados;
	O cuidador não está pronto, do ponto de vista do desenvolvimento, para esse papel;
	Recursos;
	Recursos da comunidade iradequados (p. ex., serviços de cobertura para
Estado de saúde do cuidador	
Adicção	
Co-dependência;	
Expectativas não realistas quanto a si mesmo;	
Incapacidade de atender às expectativas de outros;	
Incapacidade de atender às próprias expectativas;	
Padrões de enfrentamento marginais;	
Problemas cognitivos;	

<p>Problemas físicos; Problemas psicológicos;</p> <p>Socioeconômicos</p> <p>Alienação em relação a outras pessoas; Compromisso com vários papéis concomitantes de cuidador; Isolamento em relação a outras pessoas; Recreação insuficiente;</p>	<p>proporcionar descanso ao cuidador, recursos de recreação); Recursos financeiros insuficientes; Tempo insuficiente; Transporte inadequado;</p>
--	--

Risco de tensão do PAPEL de cuidador (1992)

P. 217

Definição:

O cuidador está vulnerável por sentir dificuldade em desempenhar o papel de cuidador da família.

Fatores de Risco

<p>Adaptação marginal da família; Adicção; Alta hospitalar de um membro da família com necessidades importantes de cuidado em casa; Ambiente físico inadequado para o cuidado (p. ex., acomodações, transporte, serviços da comunidade, equipamentos); Atraso no desenvolvimento do cuidador; Atraso no desenvolvimento do receptor de cuidados; Co-dependência; Complexidade das tarefas de cuidado; Compromissos relacionados ao papel do cuidador que competem entre si; Curso imprevisível da doença; Defeito congênito; Disfunção da família anterior à situação de prestação de cuidados; Duração dos cuidados necessários; Falta de atividades de recreação para o cuidador; Falta de descanso do cuidador; Gravidade da doença do receptor de cuidados; História anterior de relacionamento insatisfatório entre o cuidador e o receptor de cuidados; Inexperiência com oferecimento de cuidados;</p>	<p>Instabilidade na saúde do receptor de cuidados; Isolamento da família; Isolamento do cuidador; Nascimento prematuro; O cuidador é mulher; O cuidador é o cônjuge; O cuidador não está pronto, do ponto de vista do desenvolvimento, para esse papel; O receptor de cuidados apresenta comportamento bizarro; O receptor de cuidados apresenta desvios de comportamento; Padrões marginais de enfrentamento do cuidador; Prejuízo na saúde do cuidador Presença de abuso; Presença de estressores situacionais que costumam afetar as famílias (p. ex., perda significativa, desastre ou crise, vulnerabilidade eco. nômica, eventos principais da vida); Presença de violência; Problemas cognitivos do receptor de cuidados; Problemas psicológicos do receptor de cuidados; Quantidade de tarefas de cuidado; Retardo do cuidador; Retardo do receptor de cuidados;</p>
---	--

Disposição para	PATERNIDADE	MATERNIDADE	melhorada
-----------------	-------------	-------------	-----------

(2002, NE 2.1)

P. 219

Definição:

Um padrão de provimento de ambiente para os filhos ou Foltro(s) dependente(s) que é suficiente para apoiar o crescimento e o desenvolvimento e que pode ser reforçado.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Apoio emocional dos filhos;• Apresenta expectativas realistas com relação aos filhos;• Evidências de vínculo;• Expressa desejo de melhorar a paternidade/maternidade; | <ul style="list-style-type: none">• Filhos ou outro(s) dependente(s) expressam satisfação com o ambiente familiar;• Necessidades dos filhos atendidas (p. ex., físicas e emocionais); |
|--|--|

PATERNIDADE ou MATERNIDADE prejudicada (1978, 1998)

P. 220

Definição:

Incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança.

Características Definidoras

No bebê ou na criança

- Acidentes frequentes;
- Capacidade reduzida de relacionar-se socialmente;
- Desenvolvimento cognitivo deficiente;
- Doenças frequentes;
- Falha em crescer e desenvolver-se com vigor;
- Falta de ansiedade de separação;
- Falta de apego;
- Fraco desempenho acadêmico;
- Fuga;
- Incidência de abuso; Incidência de trauma (p. ex., físico e psicológico);
- Transtornos do comportamento;

Nos pais

- Abandono;
- Abraços pouco frequentes;
- Abuso da criança;
- Ambiente doméstico inseguro;

- Cuidado inconsistente;
- Declarações de incapacidade de satisfazer às necessidades da criança;
- Declarações negativas à respeito da criança;
- Déficit de interação mãe-filho;
- Estimulação inadequada (p. ex., visual, tátil, auditiva);
- Habilidade impróprias para o cuidado;
- Hostilidade para com a criança;
- Inflexibilidade em satisfazer às necessidades da criança;
- Intereração pais-filho insatisfatória;
- Manutenção inadequada da saúde da criança;
- Negligência para com a criança;
- Punição frequente;
- Rejeição dos filhos;
- Verbalização da incapacidade de controlar a criança;
- Verbalização de frustração;

<ul style="list-style-type: none"> • Arranjos impróprios para o cuidado da criança; • Controle inconsistente do comportamento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalização de inadequação ao papel; • Vínculo inadequado;
Fatores Relacionados	
<p>Sociais</p> <p>Ambiente doméstico insatisfatório; Arranjos impróprios para o cuidado da criança; Baixa Autoestima crônica; Baixa Autoestima situacional; Conflito conjugal; Desemprego; Dificuldades financeiras; Dificuldades legais; Estratégias de enfrentamento mal-adaptadas; Falta de coesão familiar; Falta de modelo do papel de pai/mãe; Falta de recursos Falta de redes sociais de apoio Falta de transporte Falta de valorização da paternidade/maternidade Gravidez indesejada Gravidez não-planejada Habffidades insatisfatórias para resolução de problemas História de ser abusivo; História de ter sofrido abuso; Incapacidade de colocar as necessidades da criança à frente das próprias; Isolamento social; Mãe da criança não-envolvida; Modelo insatisfatório do papel de pai/mãe; Mudança na unidade familiar; Mudanças de domicilio; Nível socioeconômico baixo; Pai da criança não-envolvido; Pai/mãe solteiro/a; Pobreza; Presença de estresse (p. ex., financeiro, legal, crise recente, mudança cultural); Problemas no trabalho; Tensão relacionada ao papel de pai/mãe;</p>	<p>Conhecimento deficiente sobre as habilidades necessárias aos pais ; Conhecimento deficiente sobre o desenvolvimento da criança; Expectativas não realistas; Falta de orientação; Falta de preparo cognitivo para a paternidade/ maternidade; Funcionamento cognitivo limitado; Habilidades de comunicação insatisfatórias; Incapacidade de reagir aos sinais emitidos pela criança; Preferência por punições físicas;</p>
<p>Fisiológicos</p> <p>Doença física</p>	<p>Do bebê ou da criança</p> <p>Condição de deficiência; Conflitos de temperamento em relação às expectativas dos pais; Criança de sexo indesejado; Doença; Habilidades perceptivas alte radas; Nascimento prematuro; Nascimentos múltiplos; Retardo de desenvolvimento; Separação dos pais ; Temperamento difícil; Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade;</p>
<p>Psicológicos</p> <p>Deficiência; Depressão; Distúrbio do sono; Falta de cuidado pré-natal; Gestações com pequenos intervalos; Grande número de gestações; História de abuso de substância; História de doença mental; Pais muito jovens; Privação de sono; Trabalho de parto e/ou parto difícil;</p>	<p>De conhecimento</p> <p>Conhecimento deficiente sobre a manutenção da saúde da criança;</p>

Referências

Risco de PATERNIDADE ou MATERNIDADE prejudicada (1978, 1998)

P. 223

Definição:

Risco de incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou reaver um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança.

Características Definidoras

Sociais

- Ambiente doméstico insatisfatório;
- Arranjos inadequados para o cuidado da criança;
- Baixa Autoestima crônica;
- Baixa Autoestima situacional;
- Conflito conjugal;
- Cuidado pré-natal tardio;
- Desemprego;
- Dificuldades financeiras;
- Dificuldades legais;
- Estratégias de enfrentamento mal-adaptadas;
- Estresse;
- Falta de acesso a recursos;
- Falta de coesão da família;
- Falta de cuidado pré-natal;
- Falta de recursos;
- Falta de transporte;
- Falta de um modelo de pai/mãe;
- Falta de uma rede social de apoio;
- Falta de valorização da paternidade / maternidade;
- Gravidez indesejada;
- Gravidez não-planejada;
- Habilidades insatisfatórias para resolução de problemas;
- História de ser abusivo;
- História de ter sofrido abuso;
- Isolamento social;
- Mãe da criança não-envolvida;
- Modelo falho do papel de pai/mãe;
- Mudança de domicílio;
- Mudança na unidade familiar;
- Nível socioeconômico baixo;
- Pai da criança não envolvido;
- Pai/mãe solteiro/a;
- Pobreza;
- Problemas no trabalho;
- Separação entre filhos e pais;
- Tensão relacionada ao papel de pai / mãe;
- De conhecimento;
- Baixo nível ou desenvolvimento educacional;

Fatores de Risco

Expectativas não realistas em relação à criança;
 Falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança;
 Falta de conhecimento sobre as habilidades necessárias aos pais
 Falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança;
 Falta de preparo cognitivo para a paternidade/maternidade;
 Funcionamento cognitivo limitado;
 Incapacidade de reagir aos sinais emitidos pela criança
 Poucas habilidades de comunicação;
 Preferência por punições físicas;

Criança de sexo indesejado;
 Doença;
 Habilidades perceptivas alteradas;
 Nascimento prematuro;
 Nascimentos múltiplos;
 Separação prolongada do pais;
 Temperamento difícil;
 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade;

Psicológicos

Deficiência;
 Depressão;
 Grande número de gestações;
 História de abuso ou dependência de substâncias;

Fisiologicos Doença física	Histona de doença mental; Partos com pequenos intervalos; Pouca idade dos pais;
Do bebê ou da criança Atraso no desenvolvimento difíceis; Condição de deficiência; Conflitos temperamental em relação às expectativas dos pais;	Privação ou distúrbio do sono; Separação do bebê/criança; Trabailio de parto e/ou parto difícieis;

Processos do PENSAMENTO perturbados (1973, 1996)		P. 225
Definição: Distúrbio nas operaçoes e atividades cognivivas.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Defica de memoria; • Dissonância cognitiva • ;Egocentrismo; • Hipervigilância; 		<ul style="list-style-type: none"> • Hipovigilância; • Interpretação imprecisa do ambiente; • Raciocínio impróprio; • Tendência à distração;
Fatores Relacionados		
serem desenvolvidos		

Nota: Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonornia da NAND tritemational, a menos que seja feito um trabalho para leva-lo ao NE 2.1 ou Superior.

PERAMBULAÇÃO (2000)		P. 226
Definição: Vagar a esmo, locomoção repetitiva ou sem propósito que expõe o indivíduo a danos; frequentemente incongruente com divisas, limites ou obstáculos.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Andar de um lado para o outro; • Comportamentos como se procurasse alguma coisa; • Comportamentos de examinar atentamente; • Entrar em local proibido; • Hiperatividade; • Incapacidade de localizar marcos significativos em um ambiente familiar; • Locomoção ao acaso; • Locomoção inquieta; • Locomoção não planejada; • Locomoção persistente em busca de alguma coisa; 		<ul style="list-style-type: none"> • Locomoção por espaços não autorizados ou privados; • Locomoção que não pode ser facilmente dissuadida; • Locomoção resultando em abandono não intencional de um local; • Longos períodos de locomoção sem destino aparente; • Movimento contínuo de um lugar para outro; • Movimento frequente de um lugar a outro; • Perder-se; • Períodos de locomoção intercalados com períodos de não locomoção (p. ex., sentar, levantar-se, dormir);
Fatores Relacionados		
Ambiente excessivamente estimulante;		Hora do dia ;

<p>Atrofia cortical;</p> <p>Comportamento pré-mórbido (p. ex., personalidade extrovertida, sociável; demência pré-mórbida);</p> <p>Estado emocional (p. ex., frustração, ansiedade, tédio, depressão, agitação);</p> <p>Estado ou necessidade fisiológica (p. ex., fome, sede, dor, vontade de urinar, constipação);</p>	<p>Prejuízo cognitivo (p. ex., déficits de memória e recordação, desorientação, capacidade visual-construtiva ou visual-espacial insatisfatória, defeitos de linguagem);</p> <p>Sedação;</p> <p>Separação de lugares familiares;</p>
--	--

PERCEPÇÃO SENSORIAL perturbada (Especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, tátil, olfativa) (1978, 1980, 1998)

P. 228

Definição:

Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Agitação; • Alucinações; • Comunicação prejudicada; • Concentração insatisfatória; • Desorientação; • Distorções sensoriais; • Irritabilidade; | <ul style="list-style-type: none"> • Mudança na acuidade; • Mudança na capacidade de resolução de problemas; • Mudança na resposta usual aos estímulos; • Mudança no padrão de comportamento; |
|--|---|

Fatores Relacionados

- | | |
|--|---|
| <p>Desequilíbrio bioquímico;</p> <p>Desequilíbrio eletrolítico;</p> <p>Estímulos ambientais excessivos;</p> <p>Estímulos ambientais insuficientes;</p> | <p>Estresse psicológico;</p> <p>Integração sensorial alterada;</p> <p>Recepção sensorial alterada;</p> <p>Transmissão sensorial alterada;</p> |
|--|---|

PERFUSÃO TISSULAR ineficaz (Especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrintestinal, Periférica) (1980, 1998)

P. 229

Definição:

Diminuição na oxigenação, resultando na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar.

Características Definidoras

Renais

- Anúria;
- Elevação nas taxas de uréia/creatimina sanguíneas;
- Hematúria;
- Oligúria;
- Pressão sanguínea alterada, fora dos parâmetros aceitáveis;

- Sensação de “morte iminente”;
- Tempo de reenchimento capilar maior que 3 segundos;
- Uso da musculatura acessória;

Cerebrais

- Anormalidades na fala;
- Dificuldades na deglutição;
- Estado mental alterado;
- Fraqueza de extremidades;
- Mudanças de comportamento;
- Mudanças na resposta motora;
- Mudanças nas reações Pupilares;
- Paralisia;

Gastrintestinais

- Distensão abdominal;
- Dor ou sensibilidade abdominal;
- Intestino hipoativo;
- Náusea;
- Sons intestinais ausentes;

Periféricas

- Características da pele alteradas (p. ex., cabelo, unhas, hidratação);
- Cicatrização retardada;
- Claudicação;
- Descolorações da pele;
- Edema;

Cardiopulmonares	<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias; • Broncoespasmo; • Dilatação nasal (batimento de asas do nariz); • Dispneia; • Dores no peito; • Frequência respiratona alterada, fora dos parâmetros aceitaveis; • Gases sanguíneos arteriais anormais; • Retração do peito; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças da pressão sanguínea nas extremidades; • Mudanças na temperatura da pele; • Palidez da pele à elevação, a cor não retorna com o abaixamento da perna; • Pulsações arteriais diminuídas; • Pulso ausentes; • Pulso fracos; • Ruidos; • Sensações alteradas; • Sinal de Homan positivo;
Fatores Relacionados		
Afinidade alterada da hemoglobina pelo oxigênio; Concentração diminuída de hemoglobina no sangue; Descompasso entre ventilação e fluxo sanguíneo; Envenenamento por enzimas;	Hipervolemia; Hipoventilação; Hipovolemia; Interrupção do fluxo sanguíneo; Problemas de troca; Transporte prejudicado do oxigênio;	

PESAR* (1980, 1996, 2006, NE 2.1)		P. 231
Definição:		
Um processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporaram uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento; Alteração no nível de atividade; • Alteração nos padrões de sonho; • Alterações na função endócrina; • Alterações na função imunológica; • Alterações nos padrões de sono; • Comportamento de pânico; • Crescimento pessoal; • Culpa; 		<ul style="list-style-type: none"> • Dar sentido à perda; • Desespero; • Desorganização; • Dor; • Experiência de alívio; • Manutenção da conexão com o falecido; • Raiva; • Sofrimento; • Sofrimento psicológico;
Fatores Relacionados		
Antecipação da perda de objeto importante (p. ex., pertences, emprego, condição social, casa, partes e processos do corpo); Antecipação da perda de pessoa significativa;	Morte de pessoa significativa Perda de objeto significativo (p. ex., pertences, emprego, condição social, casa, partes e processos do corpo);	
Referências		
Hogan, N., Worden, J., & Schmidt, L. (2004). An empirical study of the proposed		

complicated grief disorder criteria. OMEGA, 48, 263-277. Ott, C. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. Death Studies, 27, 249-272. Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. Death Studies, 28, 498-505.

*Anteriormente denominado ‘Sentimento de Pesar Antecipado’.

PESAR complicado* :(1980, 1986, 2004, 2006, NE 2.1)

P. 233

Definição:

Perturbação que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em seguir as expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional.

Características Definidoras

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Baixos níveis de intimidade; • Comportamento de evitar o pesar; • Culpar a si mesmo; • Depressão; • Diminuição da sensação de bem-estar; • Diminuição no desempenho dos papéis da vida; • Experiência dos sintomas somáticos da pessoa falecida; • Fadiga; • Preocupação com pensamentos sobre a pessoa falecida; • Procura pela pessoa falecida; • Ruminação; • Saudades; | <ul style="list-style-type: none"> • Sentir falta da pessoa falecida; • Sofrimento emocional persistente; • Sofrimento pela separação; • Sofrimento traumático; • Verbaliza estar abalado; • Verbaliza falta de aceitação da morte; • Verbaliza persistência de memórias dolorosas; • Verbaliza que culpa a si mesmo; • Verbaliza sensação de estupor; • Verbaliza sensação de vazio; • Verbaliza sentimentos de raiva; • Verbaliza sentimentos de descrença; • Verbaliza sentimentos de falta de confiança; |
|---|---|

Fatores Relacionados

Verbaliza sentir-se em choque ; Verbalização de ansiedade; Verbalização de sofrimento em relação à pessoa falecida; Verbaliza sentimentos de separação em relação aos outros;	Falta de apoio social; Instabilidade emocional; Morte de pessoa significativa; Morte repentina de pessoa significativa
--	---

Referências

- Hogan, N., Worden, J., & Schmidt, L. (2004). An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. OMEGA, 48, 263-277.
 Ott, C. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. Death Studies, 27, 249-272.
 Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. Death Studies, 28, 498-505.

*Anteriormente denominado “Sentimento de Pesar Disfuncional”.

Risco de PESAR complicado* (2004, 2006, FIE 2.1)

P. 235

Definição:

Risco de uma perturbação que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em seguir as expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional.

Fatores de Risco	
Falta de apoio social; Instabilidade emocional;	Morte de pessoa significativa;
Referências	
Hogan, N., Worden, J., & Schmidt, L. (2004). An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. <i>OMEGA</i> , 48, 263-277.	
Ott, C. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. <i>Death Studies</i> , 27, 249-272.	
Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. <i>Death Studies</i> , 28, 498-505.	

*Anteriormente denominado “Risco de sentimento de Pesar Disfuncional”.

Disposição para aumentar o PODER DE DECISÃO (2006, NE 2.1) P. 236	
Definição:	
Um padrão de participação informada em alguma mudança que é suficiente para o bem-estar e pode ser aumentado.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Expressa disposição para aumentar a identificação de escolhas possíveis para uma mudança; • Expressa disposição para aumentar a liberdade de realizar ações de mudança; • Expressa disposição para aumentar a participação em escolhas sobre a vida diária e a saúde; • Expressa disposição para aumentar a percepção de possíveis mudanças a serem feitas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa disposição para aumentar o conhecimento sobre a participação em uma mudança; • Expressa disposição para aumentar o envolvimento na criação de uma mudança; • Expressa disposição para aumentar o poder de decisão;
Referências	
Jeng, C., Yang, S., Chang, P., & Tsao, L. (2004). Menopausal women: Perceiving continuous power through the experience of regular exercise. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13, 447-454.	
Shearer, N., & Reed, P (2004). Empowerment: Reformulation of a non-Rogerian concept. <i>Nursing Science Quarterly</i> , 17, 253-259.	
Wright, B. (2004). Trust and power in adults: An investigation Using Rogers' science of unitary human beings. <i>Nursing Science Quarterly</i> , 17, 139-146.	

Nota: Ainda que poder de decisão (power - uma resposta) e fortalecimento (empowerment - um método de intervenção) sejam conceitos diferentes, literatura relativa a ambos apóia as características definidoras deste diagnóstico.

PROTEÇÃO ineficaz (1990) P. 237	
Definição:	
Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas e externas, como doenças ou lesões.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza;

<ul style="list-style-type: none"> • Alteração da coagulação; • Alteração neurosensorial; • Anorexia; • Calafrios; • Deficiência na imunidade; • Desorientação; • Dispneia; • Fadiga; 	<ul style="list-style-type: none"> • Imobilidade; • Insônia; • Perspiração; • Prejuízo na cicatrização; • Prurido; • Resposta mal adaptada ao estresse; • Tosse; • Ulceras de pressão;
Fatores Relacionados	
Abuso de alcool; Câncer; Distúrbios imunológicos; Extremos de idade; Nutrição inadequada; Perfil sanguíneo anormal (p. ex., leucopenia, trombocitopenia, anemia, coagulação);	Terapias com medicamentos (p. ex., antineoplásicos, corticosteroides, imunossupressores, anticoagulantes, trombolíticos); Tratamentos (p. ex., cirurgia, radioterapia)

Q

Risco de QUEDAS (2000)

P. 238

Definição:

Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico.

Características Definidoras

Em adultos

- História de quedas;
- Idade acima de 65 anos;
- Morar sozinho;
- Prótese de membro inferior;
- Uso de cadeira de rodas;
- Uso de dispositivos auxiliares (p. ex., andador, bengala);

Fisiológicos

- Anemias;
- Artrite;
- Condições pós-operatórias;
- Déficits proprioceptivos;
- Diarréia;
- Dificuldade na marcha;
- Dificuldades auditivas;
- Dificuldades visuais;
- Doença vascular;
- Equilíbrio prejudicado;
- Falta de sono;
- Força diminuída nas extremidades inferiores;
- Hipotensão ortostática;

Medicamentos

- Agentes ansiolíticos;
- Agentes anti-hipertensivos;
- Antidepressivos tricíclicos;
- Diuréticos;
- Hipnóticos;
- Inibidores da ECA;
- Narcóticos;
- Tranquilizantes;
- Uso de álcool;

Ambientais

- Ambiente com móveis e objetos em excesso;
- Ausência de material anti-derrapante na banheira;
- Ausência de material antiderrapante no box do chuveiro;
- Condições climáticas (p. ex., pisos molhados, gelo);
- Imobilização;
- Pouca iluminação;
- Quarto não familiar;
- Tapetes espalhados pelo chão;

<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência; • Mobilidade física prejudicada; • Mudanças na taxa de açúcar após as refeições; • Neoplasias (i.e., fadiga/mobilidade limitada); • Neuropatia; • Presença de doença aguda; • Problemas nos pés; • Urgência; • Vertigem ao estender o pescoço; • Vertigem ao virar o pescoço; <p>Cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado mental rebaixado; 	<p>Em crianças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de equipamento de contenção em automóvel; • Ausência de portão em escadarias; • Ausência de proteção em janelas; • Bebê deixado sem vigilância em superfície elevada (p. ex., cama, cômoda); • Cama localizada perto de janela; • Falta de supervisão dos pais; • Gênero masculino, quando menor de 1 ano de idade; • Menor de 2 anos de idade;
---	---

R

Atividades deficientes de RECREAÇÃO(1980)	P. 240
Definição: Estimulação (interesse ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Declarações do paciente quanto a enfado (p. ex., desejo de que houvesse algo para fazer, ler, etc.); 	<ul style="list-style-type: none"> • Os passatempos habituais não podem ser realizado no hospital;
Fatores Relacionados	
Ausência de atividades de recreação no ambiente	

RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA retardada (1998, 2006, NE 2.1)		P. 241
Definição: Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Adia o retorno às atividades de trabalho/emprego; • Dificuldade para movimentar-se; Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgico (p. ex., vermelha, endurecida, imobilizada, drenando); 	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga; • Percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação; • Perda de apetite, com ou sem náusea; • Precisa de ajuda para completar o autocuidado; • Relato de dor/desconforto; 	
Fatores Relacionados		
Dor; Expectativas pós operatórias; Infecção pós operatória no local da	Obesidade; Procedimento cirúrgico extenso; Procedimento cirúrgico prolongado;	

cirurgia;	
Referências	
Kotiniemi, L.H., Ryhanen, Ri, Valanne, J., Jokela, R., Mustonen, A., Jkrn1dcu1a, E. (1997). Postoperative symptoms at home following y-care surgery iii children: A multicentre survey of 551 children. <i>Anaesthesia</i> , 52, 963-969.	
Kleinbeck, S.V. (2000). Self-reported at-home postoperative recovery Research in Nursing & Health, 23, 461-472.	
Zalon, M. (2004). Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery <i>Nursing Research</i> , 53, 99-106.	

Disposição para RELIGIOSIDADE* aumentada (2004, NE 2.1)	P. 242
Definição:	
Capacidade de aumentar a confiança em crenças religiosas e/ou participar de ritos de uma fé religiosa em particular.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Expressa desejo de <i>reforçar</i> costumes religiosos que proporcionaram conforto no passado; • Expressa desejo de reforçar costumes religiosos que proporcionaram religiosidade no passado; • Expressa desejo de reforçar modelos de crenças religiosas que proporcionaram religiosidade no passado; • Expressa desejo de reforçar modelos de crenças religiosas que proporcionaram conforto no passado; • Questiona padrões de costumes que são nocivos; • Questiona padrões de crenças que são nocivos; • Rejeita padrões de costumes que são nocivos; • Rejeita padrões de crenças que são nocivos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicita ajuda para aumentar a participação nas crenças religiosas por meio de: <ul style="list-style-type: none"> - Adoração/serviços religiosos; - Cerimônias religiosas - Comportamentos religiosos privados/leitura de material religioso/mídia; - Oração - Regras/ritos alimentares - Respeito a feriados - Uso de vestimentas específicas • Solicitar ajuda para aumentar opções religiosas; • Solicita encontrar-se com líderes / facilitadores religiosos; • Solicita experiências religiosas; • Solicita materiais religiosos; • Solicita perdão; • Solicita reconciliação;

Fatores Relacionados	
Referências	

* O comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos reconhece que o termo “religiosidade” pode ser culturalmente específico; o conceito, no entanto, é útil nos Estados Unidos e está bem-embasado pela literatura norte americana.

RELIGIOSIDADE* prejudicada (2004, NE 2.1) P. 243	
Definição: Capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de ritos de alguma fé religiosa.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em aderir a ritos ou crenças religiosas prescritas (p. ex., cerimônias religiosas, regras alimentares restritivas, roupas, oração, adoração / serviços religiosos, comportamentos religiosos privados / leitura de material religioso / mídia, respeito a feriados, encontros com líderes espirituais); 	<ul style="list-style-type: none"> Expressa angústia emocional por separação de uma comunidade religiosa; Expressa necessidade de reconectar-se com costumes anteriores; Expressa necessidade de reconectar-se com crenças anteriores; Questiona costumes religiosos; Questiona padrões de crenças religiosas;
Fatores Relacionados	
Físicos Doença; Dor;	Psicológicos Ansiedade; Apoio ineficaz; Crise pessoal;
Espirituais Crise espiritual; Sofrimento;	Enfrentamento ineficaz; Falta de proteção; Medo da morte; Uso da religião para manipular;
Socioculturais	

Barreiras ambientais para praticar a religião; Barreiras culturais para praticar a religião; Falta de integração social; Falta de interação sociocultural;	<i>Desenvolvimentais e situacionais</i> Crises do estágio final da vida; Envelhecimento; Transições da vida;
---	--

* O comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos reconhece que o termo “religiosidade” pode ser culturalmente específico; o conceito, no entanto, é útil nos Estados Unidos e está bem-embasado pela literatura norte americana.

Risco de RELIGIOSIDADE prejudicada (2004, NE 2.1)

P. 245

Definição:

Risco de ter uma capacidade prejudicada de confiar em crença religiosas e/ou participar de ritos de alguma fe religiosa

Fatores Relacionados

Físicos

Doença;
Dor;
Hospitalização;

Espirituais

Sofrimento

Socioculturais

Barreira cultural para praticar a religião;
Falta de interação social;
Isolamento social;

Desenvolvimentais

Transições da vida

Psicológicos

Apoio ineficaz;
Cuidado ineficaz;
Depressão;
Enfrentamento ineficaz;
Falta de segurança;

Ambientais

Barreiras para praticar a religião;
Falta de transporte;

* O comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos reconhece que o termo “religiosidade” pode ser culturalmente específico; o conceito, no entanto, é útil nos Estados Unidos e está bem-embasado pela literatura norte-americana.

Padrão RESPIRATÓRIO ineficaz (1980, 1996, 1998)

P. 246

Definição:

Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.

Características Definidoras

<ul style="list-style-type: none"> • Alterações na profundidade respiratória; • Assumir uma posição de 3 pontos; • Batimento de asa do nariz; • Bradipnéia; • Capacidade vital diminuída; • Diâmetro ântero-posterior aumentado; • Dispneia; • Excursão torácica alterada; • Fase de expiração prolongada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthopnéia; • Pressão expiratória diminuída; • Pressão inspiratória diminuída; • Proporção entre tempo inspiratório / expiratório; • Respiração com os lábios franzidos; • Taquipnéia; • Uso da musculatura acessória para respirar; • Ventilação minuto diminuída;
Fatores Relacionados	
Ansiedade; Dano cognitivo; Dano de percepção; Dano musculoesquelético; Deformidade da parede do tórax; Deformidade óssea; Disfunção neuromuscular; Dor;	Fadiga; Fadiga da musculatura respiratória; Hiperventilação; Imaturidade neurológica; Lesão da medula espinal; Obesidade; Posição do corpo; Síndrome da hipoventilação;

RETENÇÃO urinária (1986)

P. 247

Definição:

Esvaziamento vesical incompleto.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Distensão vesical; • Disúria; • Eliminação urinária ausente; • Eliminação vesical frequente; • Eliminação vesical pequena; | <ul style="list-style-type: none"> • Gotejamento; • Incontinência por fluxo excessivo; • Sensação de bexiga cheia; • Urina residual; |
|--|--|

Fatores Relacionados

- | | |
|------------------------------------|---|
| Alta pressão uretral;
Bloqueio; | Esfincter muito potente;
Inibição do arco reflexo; |
|------------------------------------|---|

S

Comportamento de busca de SAÚDE (especificar) (1988)

P. 248

Definição:

Busca ativa (por uma pessoa com saúde estável) de caminhos para alterar hábitos pessoais de saúde e/ou o ambiente a fim de mover-se rumo a um nível mais elevado de saúde.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Desejo expresso de buscar um nível mais elevado de bem estar; • Desejo expresso de maior controle sobre as práticas de saúde; • Expressão de preocupação com as atuais condições ambientais em | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de familiaridade com recursos comunitários para o bem estar; • Falta de familiaridade observada com recursos comunitários para o bem estar; • Falta demonstrada de conhecimento |
|--|---|

relação ao estado de saúde;	sobre comportamentos de promoção de saúde;
-----------------------------	--

Fatores Relacionados

A serem desenvolvidos

Nota: Saúde estável é definida como a consecução de medidas de prevenção 1: de doenças apropriadas para a idade; o cliente relata saúde boa ou excelente; e os sinais e sintomas de doença, se presentes, estão controlados. Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia da NANDA International, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE 2.1 ou superior.

Manutenção ineficaz da SAÚDE (1982)

P. 249

Definição:

Incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde.

Características Definidoras

- Falta de interesse expressa em melhorar comportamentos de saúde;
- Falta demonstrada de comportamentos adaptativos a mudanças ambientais;
- Falta demonstrada de conhecimento com relação a práticas básicas de saúde;
- História de ausência de comportamento de busca da saúde;
- Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde;
- Prejuízo dos sistemas de apoio pessoais;

Fatores Relacionados

Angústia espiritual; Enfrentamento familiar ineficaz; Enfrentamento individual ineficaz; Falta de motricidade fina; Falta de motricidade grossa; Habilidades de comunicação deficientes; Habilidades motoras finas diminuídas; Habilidades motoras grossas diminuídas;	Incapacidade de realizar julgamentos adequados; Insuficiência de recursos (p. ex., equipamento, dinheiro); Pesar complicado; Prejuízo cognitivo; Prejuízo perceptivo; Tarefas de desenvolvimento não concluídas;
---	---

Disfunção SEXUAL (1980. 2006, NE 2.1)

P. 250

Definição:

O estado em que um indivíduo passa por mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada.

Características Definidoras

- Alteração no alcance da satisfação sexual;
- Alteração percebida na excitação sexual;
- Alterações em alcançar o papel sexual percebido;
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável;
- Déficit percebido de desejo sexual;
- Incapacidade de alcançar a satisfação • Limitações percebidas impostas pela doença;
- Limitações percebidas impostas pela terapia;
- Limitações reais impostas pela doença;
- Limitações reais impostas pela terapia;
- Mudança do interesse por outras pessoas;
- Mudança do interesse por si mesmo;
- Verbalização do problema;

desejada;	
Fatores Relacionados	
Abuso físico; Abuso psicossocial (p. ex., relacionamentos prejudiciais); Alteração biopsicossocial da sexualidade; Conflito de valores; Estrutura corporal alterada (p. ex., gravidez, parto recente, cirurgia, anormalidades processo de doença, trauma, radiação); Falta de pessoa significativa;	Falta de privacidade; Função corporal alterada (p. ex., gravidez, parto recente, drogas, cirurgia, anormalidades, processo de doença, trauma, radiação); Informação errada ou falta de conhecimento; Modelos de papel ausentes; Modelos de papel ineficientes; Vulnerabilidade;
Referências	
Hogan, R.M. (1985). <i>Human sexuality - A nursing perspective</i> . New York: Appleton-Century-Crofts. Kolodny, R.C., Masters, W.E.-l., & Johnson, V.E. (1979). <i>Textbook of sexual medicine</i> . Boston: Little, Brown. Kaplan, H.S. (1983). <i>O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo</i> . Rio de Janeiro: Nova Fronteira.	

Padrões de SEXUALIDADE ineficazes (1986, 2006, NE 2.1)	P. 252
Definição: Expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Alteração nas relações com pessoa significativa; • Alterações na percepção do papel sexual; • Conflitos envolvendo valores; • Dificuldades relatadas nas atividades sexuais; • Dificuldades relatadas nos Comportamentos sexuais; • Limitações relatadas nas atividades sexuais; • Limitações relatadas nos comportamentos sexuais; • Relato de mudanças nas atividades sexuais; • Relato de mudanças no comportamentos sexuais; 	
Fatores Relacionados	
Conflitos com a orientação sexual ou com preferências variadas; Déficit de conhecimento/habilidade sobre respostas alternativas a transições relacionadas à saúde, função ou estrutura corporal alteradas, doença ou tratamento médico; Falta de pessoa significativa;	Falta de privacidade; Medo de adquirir doença sexualmente transmissível; Medo de gravidez; Modelo de papel ausente; Modelo de papel ineficaz; Relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa;
Referências	
Hogan, R.M. (1985). <i>Human sexuality—A nursing perspective</i> . New York: Appleton-	

Century-Crofts.

Kolodny, R.C., Masters, WH., & Johnson, VE. (1979). *Textbook of sexual medicine*. Boston: Little, Brown.

Kaplan, H.S. (1983). *O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Risco de SOLIDÃO (1994, 2006, NE 2.1)

P. 254

Definição:

Risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de ter mais contato com outros.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Falta de energia;• Isolamento físico; | <ul style="list-style-type: none">• Isolamento social;• Privação afetiva; |
|--|--|

Referências

Leiderman, P.H. (1969). Loneliness: A psychodynamic interpretation. In E.S. Scheidman & M.J. Ortega (Eds.), *Aspects of depression: Internadonal psychiatry clinics*, 6, 155-174. Boston: Little, Brown.

Lien-Gieschen, T. (1993). Validation of social isolation related to maturational age: Elderly. *Nursing Diagnosis*, 40), 37-44.

Warren, B.J. (1993). Explaining social isolation through concept analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 270-276.

Disposição para SONO melhorado (2002, NE 2.1)

P. 255

Definição:

Um padrão de suspensão natural e periódica da consciência que propicia o descanso adequado, sustém um estilo de vida desejável e pode ser reforçado.

Características Definidoras

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• A quantidade de sono é coerente com as necessidades do desenvolvimento;• Expressa desejo de melhorar o sono;• Expressa sentir-se descansado após dormir; | <ul style="list-style-type: none">• Segue rotinas de dormir que promovem hábitos de dormir;• Uso ocasional de medicamentos para induzir o sono; |
|--|--|

Privação de SONO (1998)

P. 256

Definição:

Períodos prolongados de tempo sem sono (suspenção sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa).

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Agitação;• Alucinações;• Ansiedade;• Apatia;• Cansaço;• Capacidade diminuída de funcionamento; | <ul style="list-style-type: none">• Letargia;• Mal estar;• Nervosismo;• Nistagmo leve, passageiro;• Paranóia transitória;• Reação lenta;• Sensibilidade aumentada à dor; |
|---|--|

<ul style="list-style-type: none"> • Combatividade; • Confusão aguda; • Incapacidade de concentrar-se; • Indiferença; • Irritabilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonolência durante o dia; • Transtornos perceptivos (p. ex., sensação corporal perturbada, idéias delirantes, sentir-se flutuando); • Tremores nas mãos;
Fatores Relacionados	
<p>Ambiente para o sono desconfortável por tempo prolongado; Apnéia do sono; Assincronia circadiana sustentada; Atividade diurna inadequada; Demência; Desconforto prolongado (p. ex., físico, psicológico); Enurese relacionada ao sono; Ereções dolorosas relacionadas ao sono; Estimulação ambiental por tempo prolongado; Higiene do sono inadequado por tempo prolongado; Hipersonolência do sistema nervoso central idiopática;</p>	<p>Movimento periódico dos membros (p. ex., síndrome das pernas inquietas; mioclonia noturna); Mudanças de estágios de sono relacionadas ao envelhecimento; Narcolepsia; Paralisia do sono familiar; Pesadelos; Práticas paternas/maternas que induzem a não dormir; Síndrome do <i>pôr-do-sol</i>; Sonambulismo; Terror do sono; Uso prolongado de anti-soporícos farmacológicos ou alimentares;</p>

* N. de T.: *Sundowner's syndrome* — Condição em que pacientes idosos tendem a ficar desorientados ou confusos no final do dia.

Risco de SUFOCAÇÃO (1980)

P. 258

Definição:

Risco acentuado de sufocação accidental (ar disponível para inalação inadequado).

Fatores de Risco

Externos

- Aquecimento de veículo em garagem fechada;
- Brincadeiras com sacos plásticos;
- Chupeta pendurada no pescoço da criança;
- Comer grandes bocados de comida;
- Crianças deixadas na água sem vigilância;
- Descarte de refrigeradores sem a retirada das portas;
- Fumar na cama;
- Inserção de pequenos objetos em vias aéreas;
- Suporte de mamadeira colocado no berço;
- Travesseiro colocado no berço;

- Uso de calefação à base de queima de combustíveis, sem ventilação adequada;
- Varal de roupas pendurado muito baixo;
- Vazamentos de gás doméstico;

Internos

- Dificuldades cognitivas;
- Dificuldades emocionais;
- Falta de educação para a segurança;
- Falta de precauções de segurança;
- Habilidades motoras diminuídas;
- Processo de doença;
- Processo lesivo;
- Sensação olfativa diminuída;

Risco de SUICÍDIO (2000)

P. 259

Definição: Risco de lesão auto-infligida que ameaça a vida.	
Características Definidoras	
<p>Comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Armazenar medicamentos; • Comprar uma arma; • Distribuir suas posses; • Fazer um testamento; • História de tentativa de suicídio anterior; • Impulsividade; • Mudanças marcantes no desempenho escolar; • Mudanças marcantes de comportamento; • Mudanças marcantes na atitude; • Mudar um testamento; • Recuperação eufórica súbita de uma depressão profunda; <p>Verbais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ameaças de matar-se; • Relata desejo de morrer; <p>Situacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescente vivendo em ambiente não tradicional (p. ex., centro de detenção juvenil, prisão, lar dividido, lar comunitário); • Aposentado; • Instabilidade econômica; • Institucionalização; • Morar só; • Mudança de endereço; • Perda de autonomia; • Perda de independência; • Presença de arma de fogo em casa; 	<p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso de substância; • Comportamento homossexual na juventude; • Culpa; • História familiar de suicídio; • Ter sofrido abuso na infância; • Transtorno psiquiátrico (p. ex., depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar); <p>Demográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> Divorciado; Gênero masculino; Idade (p. ex., idosos, homens adultos jovens, adolescentes); Raça (p. ex., branco, índio norte americano); Viúvo; <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Doença física; Doença terminal Dor crônica <p>Sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> Desamparo; Desesperança; Isolamento social; Perda de relacionamento importante Pesar, luto; Problema legal; Problemas disciplinares; Ruptura na vida familiar; Sistemas de apoio insatisfatórios; Solidão; Suicídios em grupo;

T

Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA CORPORAL (1986, 2000)P. 261	
Definição: Risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.	
Fatores de Risco	
Atividade vigorosa; Desidratação;	Medicamento que causam vasoconstrição; Medicamentos que causam vasodilatação;

Doença que afeta a regulação da temperatura; Exposição a ambientes frios; Exposição a ambientes quentes; Extremos de idade; Extremos de peso; Inatividade;	Roupas inadequadas para a temperatura ambiental; Sedação; Taxa metabólica alterada; Trauma que afeta a regulação da temperatura;
---	---

TERMORREGULAÇÃO ineficaz		P. 262
Definição: Flutuação da emperatura entre a hipertermia.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Cianose dos leitos ungueais; • Convulsões; • Enchimento capilar lento; • Flutuação na temperatura corporal, acima e abaixo dos parâmetros normais; • Frequência respiratória aumentada; • Hipertensão; 		<ul style="list-style-type: none"> • Palidez moderada; • Pele fria; • Piloereção; • Quente ao toque; • Redução na temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais; • Rubor; • Taquicardia; • Tremos brando;
Fatores Relacionados		
Doença; Envelhecimento; Flutuação na temperatura ambiental;		Imaturidade; Trauma;

Capacidade de TRANSFERÊNCIA prejudicada (1998, 2006 NE 2.1)		P. 263
Definição: Limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de transferir-se da cadeira para a cama; • Incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição de pé; • Incapacidade de transferir-se da cadeira para o carro; • Incapacidade de transferir-se da cadeira para o chão; • Incapacidade de transferir-se da cama para a cadeira; • Incapacidade de transferir-se da cama para a posição de pé; • Incapacidade de transferir-se da posição de pé para a cadeira; • Incapacidade de transferir-se da posição de pé para a cama; 		<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de transferir-se do carro para a cadeira; • Incapacidade de transferência do chão para sa cadeira; • Incapacidade de transferir-se do chão para a posição de pé; • Incapacidade de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes; • Incapacidade de transferir-se para dentro ou para fora da banheira; • Incapacidade de transferir-se para dentro ou para fora do chuveiro; • Incapacidade de transferir-se para ou da cadeira higiênica; • Incapacidade de transferir-se para ou do vaso sanitário;

<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de transferir-se daposição de pé para o chão; 	
Fatores Relacionados	
Descondicionamento; Dor; Equilíbrio prejudicado; Falta de conhecimentos; Força muscular insuficiente; Limitações ambientais (p. Ex., altura da cama, espaço inadequada, tipo de cadeira de rodas, equipamento para o tratamento, imobilizadores);	Obesidade; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular; Visão prrejudicada;
Referências	
<p>Brouwer, K., Nysseknabm, J., & Culham, E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without fear of falling. <i>Gerontology</i>, 50, 15-141.</p> <p>Lewis, C.L., Moutoux, M., Slaughter, M., & Bailey, S.P. (2004). Characteristics of individuals who fell whilw receiving home halth services. <i>Physical Therapy</i>, 84(1), 23-32.</p> <p>Tinetti, M.E., & Ginter, S.F. (1988). Identifying dysfunction in elderly persons. <i>Journal of Americal Association</i>, 259, 1190-1193.</p>	

Nota: Especificar o nível de independência utilizando uma escala funcional padronizada.

Risco de TRAUMA		P. 265
Definição:		
Risco acentuado de lesão tecidual accidental (p. Ex., ferida queimadura, fratura).		
Fatores de Risco		
Externos Acendimento retardado de aparelho a gás; Acesso a armas; Aparelhos elétricos com defeito; Banheira sem equipamento antiderrapante; Banho em água muito quente (p. Ex., banho de crianças pequenas não-supervisionado); Brincadeiras com explosivos; Brinquedos inflamáveis; Cabos de panelas virados para fora do fogão; Caixas de fusíveis sobreccarregadas; Camas altas; Combustíveis ou corrosivos armazenados inadequadamente (p. Ex., fósforos, trapos sujos de óleo); Condições inseguras de estradas; Contato com frio interno; Contato com máquinas de movimento	Grandes pontas de gelo pendentes do teto; Janela sem proteção de segurança em casas com crianças pequenas; Mecanismos de chamada inadequados para clientes acamados; Não uso de cintos de segurança; Passagens obstruídas; Pisos escorregadios (p. ex., molhados ou muito encerados); Proximidade física em relação a vias de veículos (p. ex., entrada de garagens, ruas, trilhos de ferrovia); Rwealizar experiência com produtos químicos; Roupas infantil inflamáveis; Ruas sem segurança; Tapetes soltos; Tentativas de livrar-se de imobilizadores; Tomadas eléctricas defeituosas; Tomadas elétrica sobreccarregadas; Uso de avental de plástico ou roupas	

<p>rápido;</p> <p>Contato com substância corrosivas;</p> <p>Corrimãos inadequados em escadarias;</p> <p>Corrosivos armazenados de forma inadequada (p. ex., hidróxido de sódio);</p> <p>Crianças brincando com objetos perigosos;</p> <p>Crinça brincando sem portões no alto de escadarias;</p> <p>Criança viajando no banco da frente dos carros;</p> <p>Dirigir em velocidade excessiva;</p> <p>Dirigir enquanto intoxicado;</p> <p>Dirigir um veículo mecanicamente inseguro;</p> <p>Dirigir veículos sem os acessórios visuais necessários (óculos ou lentes de contato);</p> <p>Entrar em salas sem iluminação;</p> <p>Exposição a máquinas perigosas;</p> <p>Exposição excessiva a radiação;</p> <p>Facas armazenadas sem proteção;</p> <p>Falta de proteção de fontes de calor;</p> <p>Fiação elétrica solta;</p> <p>Fios elétricos desgastados;</p> <p>Fumar na cama;</p> <p>Fumar próximo de oxigênio;</p> <p>Gordura derramada acumulada em fogões;</p>	<p>soltas junto a fogo aceso;</p> <p>Uso de cadeiras sem firmeza;</p> <p>Uso de escadas sem firmeza;</p> <p>Uso de louças ou copos trincados;</p> <p>Uso inadequado de cinto de segurança;</p> <p>Utilização inadequada de proteção a cabeça;</p> <p>Vazamento de gás potencialmente inflamável;</p> <p>Vizinhança com alta criminalidade e clientes vulneráveis;</p> <p><i>Internos</i></p> <p>Coordenação muscular reduzida;</p> <p>Coordenação por prova dedo-nariz reduzida;</p> <p>Dificuldades cognitivas;</p> <p>Dificuldades de equilíbrio;</p> <p>Dificuldades emocionais;</p> <p>Falta de educação para a segurança;</p> <p>Falta de precauções de segurança;</p> <p>Fraqueza;</p> <p>História de trauma prévio;</p> <p>Recursos financeiros insuficientes;</p> <p>Redução das sensações;</p> <p>Visão insatisfatória;</p>
--	---

Síndrome do TRAUMA de estupro (1980, 1998)

P. 268

Definição:

Resposta de má adaptação sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento consentimento da vítima.

Características Definidoras

- Abuso de substância;
- Agitação;
- Agressão;
- Ansiedade;
- Choque;
- Confusão;
- Culpa;
- Culpar a si mesma;
- Dependência;
- Depressão;
- Desamparo;
- Desorganização;
- Disfunção sexual;
- Disturbios do sono;
- Embaraço;
- Humilhação;
- Impotência;
- Medo;
- Mudança nos relacionamentos;
- Negação;
- Oscilações no humor;
- Paranoia;
- Perda da Autoestima;
- Pesadelos;
- Raiva;
- Tensão muscular;
- Tentativas de suicídio;
- Tomada de decisões prejudicada;
- Transtornos dissociativos;
- Trauma físico;

<ul style="list-style-type: none"> • Espasmos musculares; • Estado hiperalerta; • Fobias; 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergonha; • Vingança; • Vulnerabilidade;
--	--

Fatores Relacionados

Estupro

Nota: Esta síndrome inclui os três subcomponentes seguintes: Trauma de Estupro, Reação Composta e Reação Silenciosa. Neste texto, cada um aparece como um diagnóstico separado.

Síndrome do TRAUMA de estupro: reação composta (1980)

P. 269

Definição:

Penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima. A síndrome de trauma que se desenvolve a partir desse ataque ou tentativa de ataque inclui uma fase aguda de desorganização do estilo de vida da vítima e um processo a longo prazo de reorganização deste.

Características Definidoras

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abuso de substância; • Mudança no estilo de vida (p. ex., mudanças de residência, lidar com pesadelos repetitivos e fobias, buscar apoio da família, busca rede social de apoio a longo prazo); • Reação emocional (p. ex., raiva, embaraço, medo da violência física e da morte, humilhação, vingança, culpar a si mesma na fase aguda); | <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas físicos múltiplos (p. ex., irritabilidade gastrintestinal, desconforto, geniturinário, tensão muscular, distúrbio do padrão de sono na fase aguda); • Sintomas reativados de condições previas semelhantes (p. ex., doença física, doença mental na fase aguda); |
|---|--|

Fatores Relacionados

a serem desenvolvidos

Nota: Esta síndrome inclui os três subcomponentes seguintes: Trauma de Estupro, Reação Composta e Reação Silenciosa. Neste texto, cada um aparece como um diagnóstico separado.

Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia International, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE .1 ou superior.

Síndrome do TRAUMA de estupro reação silenciosa (1980)

P. 270

Definição:

Penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima. A síndrome de trauma que se desenvolve a partir desse ataque ou tentativa de ataque inclui uma fase aguda de desorganização do estilo de vida da vítima e um processo a longo prazo de reorganização deste.

Características Definidoras

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade aumentada durante a entrevista (p. ex., bloqueio de associações, longos períodos de silêncio, pequena gagueira, aflição física); • Aumento de pesadelos; • Início súbito de reações fóbicas; | <ul style="list-style-type: none"> • Mudanças abruptas nos relacionamentos com homens; • Mudanças pronunciadas no comportamento sexual; • Não verbalização da ocorrência do estupro; |
|--|---|

Fatores Relacionados

A serem desenvolvidos

Nota: Esta síndrome inclui os três subcomponentes seguintes: Trauma de Estupro, Reação Composta e Reação Silenciosa. Neste texto, cada um aparece como um diagnóstico separado.

Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia International, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE .1 ou superior.

Síndrome pós-TRAUMA (1986, 1998)		P. 271
Definição: Resposta mal adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none">• Abuso de substância;• Agressão;• Alienação;• Amnésia psicogênica;• Ansiedade;• Ataques de pânico;• Comportamento compulsivo;• Culpa;• Depressão;• Desesperança;• Desligamento;• Dificuldade de concentração;• Dores de cabeça;• Enurese (em crianças);• Estados de humor alterados;• Estupro;• Evitar as pessoas;• Hipervigilância;• Horror;		<ul style="list-style-type: none">• Ira;• Irritabilidade;• Irritabilidade gástrica;• Irritabilidade neurosensorial;• Lembranças repetidas dos fatos (<i>flashbacks</i>);• Medo;• Negação;• Palpitações;• Pensamentos intrusos;• Pesadelos;• Raiva;• Relatos de sensação de entorpecimento;• Repressão;• Resposta exagerada de susto;• Sonhos intrusivos;• Tristeza;• Vergonha;
Fatores Relacionados		
<p>Abuso (físico e psicológico); Acidentes graves (p. ex., industrial, de veículos automotores); Ameaça grave a entes queridos; Ameaça grave à própria pessoa; Desastres; Destrução súbita da própria casa; Destrução súbita da própria comunidade; Epidemias; Eventos fora do alcance da experiência humana habitual;</p>		<p>Guerras; Lesão grave a entes queridos; Lesão grave a si mesmo; Ocorrência trágica envolvendo múltiplas mortes; Ser prisioneiro de guerra; Testemunhar morte violenta; Testemunhar mutilação; Tortura; Vitimização criminosa;</p>

Risco de síndrome pós-TRAUMA (1998)		P. 273
Definição: Risco de resposta mal-adaptada sustentada a um evento traumático e opressivo.		
Fatores de Risco		
Ambiente que não oferece apoio; Duração do evento;	Papel de sobrevivente no evento; Percepção do evento;	

Força do ego diminuída; Profissão (p. ex., polícia, bombeiros, resgate, penitenciária, equipe de pronto-socorro, trabalhador da área de saúde mental);	Saída do lar; Senso de responsabilidade exagerado; Suporte social inadequado;
---	---

TRISTEZA crônica (1998)	P. 273
Definição: Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, que é experimentada (por um pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência) em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Expressa sentimentos de tristeza (p. ex., periódicos e recorrentes); • Expressa sentimentos negativos (p. ex., raiva, ser mal-interpretado, confusão, depressão, desapontamento, vazio, medo, frustração, culpa/auto-responsabilização, desamparo, desesperança, solidão, baixa autoestima, perda recorrente, opressão); 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa sentimentos que podem interferir na capacidade do paciente de atingir o seu mais alto nível de bem estar pessoal; • Expressa sentimentos que podem interferir na capacidade do paciente de atingir seu mais alto nível de bem-estar social;
Fatores Relacionados	
Crises no controle da doença; Crises relativas aos estágios do desenvolvimento; Experiência de doença crônica (p. ex., física ou mental);	Experiência de incapacidade crônica (p. ex., física ou mental); Marcos não vivenciados; Morte de uma pessoa amada; Oportunidades perdidas; Prestação de cuidado ininterrupta;

TROCA DE GASES preiudicada (1980, 1996, 1998)	P. 275
Definição: Excesso ou deficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.	
Características Definidoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação; • Batimento de asa de nariz; • Cefaléia ao acordar; • Cianose (somente em neonatos); • Confusão; • Cor da pele anormal (pálida, escurecida); • Diaforese; • Dióxido de carbono diminuído; • Dispnéia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Gases sanguíneos arteriais anormais; • Hipercapnia; • Hipercarbia; • Hipoxemia; • Hipoxia; • Irritabilidade; • pH arterial anormal; • Respiração anormal (p. ex., frequência, ritmo, profundidade); • Sonolência;

• Distúrbios visuais;	• Taquicardia;
Fatores Relacionados	
Desequilíbrio na ventilação perfusão	Mudanças da membrana alveolocapilar

V

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA prejudicada (1992)		P. 276
Definição:		
Reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação aumentada; • Apreensão; • Cooperação diminuída; • Dispneia; • Frequência cardíaca aumentada; • pCO₂ aumentada; • pO₂ diminuída; • SaO₂ diminuída; • Taxa metabólica aumentada; • Uso aumentado da musculatura acessória; • Volume corrente diminuído; 		
Fatores Relacionados		
Fadiga da musculatura respiratória;		Fatores metabólicos;

Resposta disfuncional ao desmame VENTILATÓRIO (1992)		P. 277
Definição:		
Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte atilatório mecânico, que interrompe e prolonga o processo de desmame.		
Características Definidoras		
Graves <ul style="list-style-type: none"> • A frequência respiratória aumenta de forma significativa em relação aos parâmetros basais; • Agitação; • Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (>20 batimentos/min); • Aumento da pressão sanguínea em relação aos parâmetros basais (>20 mmHg); • Cianose; • Deterioração nos gases sanguíneos arteriais em relação aos parâmetros basais; • Diaforese profusa; • Nível de consciência diminuído; • Respiração abdominal paradoxal; • Respiração descoordenada em relação ao ventilador; • Respiração ofegante; • Respiração superficial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento moderado da pressão sanguínea em relação aos parâmetros basais (<20 mmHg); • Diaforese; • Entrada de ar diminuída à auscultação; • Hipervigilância das atividades; • Incapacidade de cooperar; • Incapacidade de responder a orientações; • Leve cianose; • Mudanças na coloração; • Olhos arregalados; • Palidez; • Uso moderado da musculatura acessória da respiração; 	Leves <ul style="list-style-type: none"> • Aumento da concentração na respiração; • Aumento moderado da frequência respiratória em relação à linha de base; • Desconforto ao respirar;

<ul style="list-style-type: none"> • Ruídos adventícios na respiração; • Secreções audíveis nas vias aéreas; • Uso total da musculatura acessória da respiração; <p>Moderadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apreensão; • Aumento da frequência respiratória em relação aos parâmetros basais (<5 respirações/min); • Aumento moderado da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (<20 batimentos/min); 	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga; • Inquietação; • Perguntas sobre possível funcionamento inadequado do aparelho; • Sensação de calor; • Sensação expressa de necessidade de oxigênio aumentada;
Fatores Relacionados	
<p>Psicológicos</p> Ansiedade; Autoestima diminuída; Confiança insuficiente no enfermeiro; Déficit de conhecimento sobre o processo de desmame; Desesperança; Ineficácia percebida do paciente quanto à capacidade de desmame; Medo; Motivação diminuída; Sentimento de impotência; <p>Situacionais</p> Ambiente adverso (p. ex., ambiente agitado e barulhento, eventos negativos no quarto, baixa proporção enfermeiros/paciente, ausência prolongada do enfermeiro à beira do leito, equipe de enfermagem não familiar);	Demandas de energia episódicas e não-controladas; História de dependência do ventilador por mais de quatro dias; História de múltiplas tentativas de desmame malsucedidas; Ritmo impróprio na diminuição do suporte ventilatório; Suporte social inadequado; <p>Fisiológicos</p> Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Distúrbio do padrão de sono; Dor não-controlada; Nutrição inadequada;

Risco de VÍNCULO pais/filhos prejudicado (1994)

P. 280

Definição:

Distúrbio do processo interativo que leva ao desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado entre pais/pessoa significativa e criança/bebê.

Fatores de Risco

Abuso de substância; Ansiedade associada ao papel de pai/mãe; Barreiras físicas; Conflito do pai/mãe devido à organização comportamental alterada; Falta de privacidade; Incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades pessoais;	Recém-nascido doente que é incapaz de iniciar efetivamente contato com os pais devido à organização comportamental alterada; Recém-nascido prematuro que é incapaz de iniciar efetivamente contato com pais devido à organização comportamental alterada;
---	--

Risco de VIOLÊNCIA direcionada á outros (1980. 1996)	P. 281
<p>Definição: Risco de apresentar comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros.</p>	
<p>Fatores de Risco</p> <p>Agressões com veículo auto- motor (p. ex., violações de trâfego frequentes, uso de um veículo motorizado para aliviar raiva); Complicações perinatais; Complicações Pré natais; Crueldade para com animais Dano neurológico (p. ex., EEG, tomografia ou ressonância magnética positivos, achados neurológicos positivos, trauma na cabeça, ataques epiléticos); Danos cognitivos (p. ex., deficiências de aprendizado, transtorno de déficit de atenção, funcionamento intelectual diminuído); Disponibilidade de arma(s); História de abuso de substâncias; História de abuso na infância; História de ameaças de violência (p. ex., ameaças verbais contra a propriedade, ameaças verbais contra a pessoa, ameaças sociais, rogo de pragas, bilhetes/cartas ameaçadoras, gestos ameaçadores, ameaças sexuais); História de comportamento anti-social violento (p. ex., roubo, empréstimo insistente, solicitação insistente de privilégios, interrupção insistente de reuniões, recusa em comer, recusa em tomar medicamentos, ignorar instruções);</p>	<p>História de testemunhar violência na família; História de violência contra outros (p. ex., bater, chutar, cuspir, arranhar, jogar objetos, morder, tentativa de estupro, estupro, molestamento sexual, urinar, evacuar em alguém); História de violência indireta (p. ex., rasgar roupas, arrancar objetos de paredes, escrever em paredes, urinar no chão, defecar no chão, bater o pé, acessos de raiva, correr nos corredores, gritar, atirar objetos, quebrar uma janela, bater portas, avanços sexuais); Impulsividade; Intoxicação patológica; Linguagem corporal (p. ex., postura rígida, fechamento de punhos e maxilares, hiperatividade, caminhar de um lado para outro, falta de ar, posturas ameaçadoras); Provocação de incêndio; Sintomatologia psicótica (p. ex., alucinações auditivas, visuais, de comando; ilusões paranóicas; processos de pensamento vagos, desconexos ou ilógicos);</p>

Risco de VIOLÊNCIA direcionada a si mesmo (1994)	P. 283
---	--------

Definição:	
Fatores de Risco	
<p>Cargo (executivo, administrador/proprietário de : gôcio, profissional liberal, trabalhador semi-especializado);</p> <p>Envolvimento em atos sexuais auto-eróticos;</p> <p>Estado civil (solteiro, viúvo, divorciado);</p> <p>Falta de recursos pessoais (p. ex., empreendimento insatisfatório discernimento insatisfatório, afeto não disponível e controlado de forma insatisfatória);</p> <p>Falta de recursos sociais (p. ex., harmonia insatisfatória socialmente isolado, família não-reagente);</p> <p>História de múltiplas tentativas de suicídio;</p> <p>Idade acima de 45 anos;</p> <p>Idade entre 15 e 19 anos;</p> <p>Idéias suicidas;</p> <p>Indícios comportamentais (p. ex., escrever bilhetes de amor tristes, dirigir mensagens enraivecidas a uma pessoa significativa que o rejeitou, dar objetos pessoais, adquirir uma grande apólice de seguro de vida);</p>	<p>Indícios verbais (p. ex., falar sobre morte, “é melhor sem mim”; fazer perguntas sobre dosagens letais de substâncias);</p> <p>Orientação sexual (bissexual [ativo], homossexual [inativo]);</p> <p>Passado familiar (p. ex., caótico ou de conflito, história de suicídio);</p> <p>Plano suicida;</p> <p>Problemas de saúde física (p. ex., hipocondria, doença crônica ou terminal);</p> <p>Problemas de saúde mental (p. ex., depressão grave, psicose, transtorno da personalidade grave, alcoolismo ou abuso de drogas);</p> <p>Problemas emocionais (p. ex., desesperança, desespero, ansiedade aumentada, pânico, raiva, hostilidade);</p> <p>Problemas no emprego (p. ex., desempregado, perda de emprego/falência recentes);</p> <p>Relacionamentos interpessoais conflitantes;</p>

VOLUME DE LÍQUIDOS deficiente (1978, 1996)	P. 285
---	--------

Definição:	
Características Definidoras	
<p>Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intratcelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem redução no sódio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da concentração urinária; • Aumento da frequência de pulso; • Aumento da temperatura corporal; • Diminuição da pressão do pulso; • Diminuição da pressão sanguínea; • Diminuição do débito urinário; <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do volume do pulso; • Elevação do hematócrito; • Fraqueza; • Mucosas secas; • Mudança no estado mental; • Pele seca;

<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do enchimento venoso; • Diminuição do turgor da língua; • Diminuição do turgor da pele; 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda súbita de peso (exceto no terceiro espaço); • Sede;
Fatores Relacionados	
Falha dos mecanismos reguladores;	Perda ativa de volume de líquido;

Risco de VOLUME DE LÍQUIDOS deficiente (1978)		P. 286
Definição:		
Risco de desidratação vascular celular ou intracelular.		
Fatores de Risco		
Deficiência de conhecimento; Desvios que afetam a absorção de líquidos; Desvios que afetam a ingestão de líquidos; Desvios que afetam o acesso de líquidos;	Extremos de idade; Extremos de peso; Fatores que influenciam as necessidades de líquidos (p. ex., estado hipermetabólico);	

Risco de desequilíbrio do VOLUME DE LÍQUIDOS (1998)		P. 287
Definição:		
Risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais.		
Fatores de Risco		
Listados para procedimentos;	Invasivos maiores;	

Nota: Este diagnóstico será retirado da edição 2009-2010 da Taxonomia da MANDA International, a menos que seja feito um trabalho para levá-lo ao NE 2.1 ou superior.

VOLUME excessivo DE LÍQUIDOS (1982, 1996)		P. 288
Definição:		
Retenção aumentada de líquidos isotônicos.		
Características Definidoras		
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação; • Alterações da pressão arterial pulmonar; • Anasarca; • Ansiedade; • Azotemia; • Congestão pulmonar; • Derrame pleural; • Dispneia; • Distensão de veia jugular; • Edema; • Eletrólitos alterados; • Ganho de peso em um curto período; 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematócritos diminuídos; • Hemoglobina diminuída; • Ingesta maior que o débito; • Mudança no estado mental; • Mudanças na pressão arterial; • Mudanças no padrão respiratório; • Oligúria; • Ortopnêia; • Pressão venosa central aumentada; • Reflexo hepatojugular positivo; • Ruídos respiratórios adventícios; • Som cardíaco B3; 	
Fatores Relacionados		
Ingesta excessiva de líquidos; Ingesta excessiva de sódio;	Mecanismos reguladores comprometido;	

**PARTE 2
TAXONOMIA II
2007-2008**

A Parte 2 descreve o desenvolvimento histórico e a estrutura da Taxonomia II. Inclui uma discussão sobre a estrutura multiaxial da Taxonomia II, com os três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem, além do mapeamento futuro dos diagnósticos de enfermagem na Estrutura Comum da NANDA, NIC e NOC (NNN) e da Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem.

HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO DA TAXONOMIA II

Após a conferência bienal de abril de 1994, o Comitê de Taxonomia reuniu-se para inserir os novos diagnósticos recém-aprovados na estrutura revisada da Taxonomia I. O comitê, entretanto, encontrou certa dificuldade para categorizar alguns desses diagnósticos. Por esse motivo e devido ao crescente número de submissões no nível 1.4 ou acima, o comitê sentiu a necessidade de uma nova estrutura taxonômica. Essa possibilidade suscitou bastante discussão sobre como isso poderia ser feito.

Inicialmente, o comitê concordou em determinar se havia ou não categorias que emergiam naturalmente dos dados, isto é, de diagnósticos aprovados. A Primeira Rodada utilizando a metodologia de escolha Q (*Q sort*) foi feita subsequentemente à conferência de 1994 (11º bienal) em Nashville, Tennessee. A Segunda Rodada foi realizada posteriormente, e a análise foi apresentada na 12ª conferência bienal, de 1996, em Pittsburgh, Pennsylvania. Essa separação Q produziu 21 categorias, muito além do que seria útil ou prático.

Em 1998, o Comitê de Taxonomia encaminhou ao Conselho de Diretores da NANDA quatro separações Q, com diferentes estruturas. A Primeira, relatada em 1996, tinha estilo natural; a Segunda utilizava as idéias de Jenny (1994); a Terceira utilizou as Classificações dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Johnson e Maas, 1997), e a Quarta utilizou a estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon W. (1998). Nenhuma dessas estruturas era completamente satisfatória, embora a de Gordon fosse a melhor. Com a permissão dessa autora, o Comitê de Taxonomia modificou um pouco a sua estrutura para criar a Quinta Estrutura, apresentada aos membros da NANDA em abril de 1998, na 13ª conferência bienal, em St. Louis, Missouri. Durante o evento, o Comitê de Taxonomia convidou os membros a separar os diagnósticos de acordo com os domínios selecionados. Ao final da conferência, 40 grupos de dados utilizáveis estavam disponíveis para análise. Durante a fase da coleta de dados da conferência, membros do Comitê de Taxonomia fizeram anotações criteriosas das perguntas feitas, da confusão que os participantes evidenciaram e das sugestões de aperfeiçoamento apresentadas.

Com base na análise dos dados e nas anotações de campo, foram realizadas modificações adicionais na estrutura. Um dos domínios da estrutura original foi dividido em dois para reduzir o número de classes e diagnósticos nele inseridos. Um domínio separado para crescimento e desenvolvimento foi acrescentado, pois a estrutura original não o continha. Vários outros domínios foram renomeados para melhor refletirem o conteúdo dos diagnósticos neles inseridos. A estrutura taxonômica final não é tão parecida com aquela original de Gordon, mas reduziu erros de classificação e redundâncias a quase zero, um estado muito desejável em uma estrutura taxonômica.

Por fim, foram desenvolvidas definições para todos domínios e classes em cada estrutura. A definição de cada diagnóstico foi, em seguida, comparada à da classe e à do domínio em que estava colocado. Foram feitas revisões e modificações nas colocações dos diagnósticos, de modo a garantir uma compatibilidade máxima entre domínios, classificação e diagnósticos.

Em 2002, após a Conferência NANDA, NIC e NOC (NNN) em Chicago, os diagnósticos de enfermagem aprovados foram colocados na Taxonomia II. Estes incluíam 11 diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde, além daqueles diagnósticos revisados e dos recentemente aprovados. Assim, à medida que novos diagnósticos de enfermagem forem sendo desenvolvidos e aprovados, eles serão incluídos na estrutura taxonômica, nos locais adequados. Em janeiro de 2003, o Comitê de Taxonomia reuniu-se em Chicago e fez novas mudanças na terminologia da Taxonomia II. Após a Conferência NANDA, NIC e NOC (NNN) de 2004, Comitê de Taxonomia colocou os diagnósticos recém-aprovados nas categorias adequadas. Os eixos na Taxonomia II foram revisados, a fim de incrementar o foco internacional, comparando-os com o Modelo de Terminologia Referencial da Organização de Padrões Internacionais (International Standards Organization - ISO) para um Diagnóstico de Enfermagem.

ESTRUTURA DA TAXONOMIA II

Enfermeiros clínicos estão basicamente preocupados com os diagnósticos na taxonomia e raramente precisam usar a própria estrutura taxonômica. A familiaridade com a farfina como um diagnóstico é estruturado, porém, auxiliará o enfermeiro clínico que precisa encontrar as informações com p!dez, bem como os que desejam submeter novos diagnósticos à apreciação. Assim, uma breve explanação sobre como a taxonomia é criada foi aqui incluída.

A Taxonomia II compreende três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. A Figura 2.1 mostra a organização dos domínios e classes da Taxonomia II. Alguns Diagnósticos de enfermagem possibilitam sua inclusão em mais de um domínio e classe, porque o enunciado, a definição, as características definidoras ou os fatores relacionados - no caso de “risco de” - prestam-se a uma localização adequada em mais de um domínio e classe.

A Tabela 2.1 mostra a Taxonomia II, com seus 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos. Um domínio é “uma esfera de atividade, estudo ou interesse” (Roget, 1980, p. 287). Uma classe é “uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria” (Roget, p. 157). Um diagnóstico de enfermagem consiste em um “julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais a enfermeiro é responsável” (ver página 377).

A estrutura do código da Taxonomia II é um número inteiro de 32 bits (ou, se a base de dados do usuário utiliza outra representação, a estrutura do código será um código de cinco dígitos). Essa estrutura proporciona o crescimento e o desenvolvimento da estrutura de classificação sem precisar alterar os códigos quando são incluídos novos diagnósticos, aperfeiçoamentos e revisões. Novos códigos são designados aos diagnósticos de enfermagem quando estes são aprovados pelo Conselho de Diretores, mediante a recomendação do Comitê de Revisão de Diagnósticos, após audiência em fórum aberto na conferência bienal.

A Taxonomia II possui uma estrutura de código de acordo com as recomendações da National Library of Medicine (NLM), referentes a códigos terminológicos da área da saúde. A NLM recomenda que os códigos não contenham informações sobre o conceito classificado, como ocorreu com uma estrutura do código da Taxonomia I, que incluiu informações sobre a localização e o nível de um

diagnóstico. A Taxonomia da NANDA International é uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende aos critérios estabelecidos pelo Comitê para Infra-estrutura de Informações da Prática de Enfermagem (Committee for Nursing Practice Information Infrastructure - CNPJ), da American Nurses Association (ANA) (Coenen, McNeill, Bakken, Bickford e Warren, 2001). O benefício de ser incluída como uma linguagem de enfermagem reconhecida indica que o sistema de classificação é aceito como uma prática de suporte à enfermagem através da oferta de uma terminologia clnicamente útil. O reconhecimento da ANA facilita a inclusão da NANDA International nos critérios do Centro de Desenvolvimento de Informações de Enfermagem da ANA (ANAJ Nursing Information and Data Set Evaluation Center — NID- ,

TABELA 2.1 Taxonomia II: Domínios, Classes e Diagnósticos

Domínio 1 — Promoção da Saúde

A consciência de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias utilizadas para manter sob controle e aumentar o bem-estar ou a normalidade de função

Classe 1 — Consciência da Saúde: Reconhecimento de função normal e bem-estar

Classe 2 — Controle da Saúde: Identificar, controlar, realizar e integrar [atividades para manter a saúde e o bem-estar

1

Domínio 2 — Nutrição

Atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação de tecidos e produção de energia

Classe 1 — Ingestão: Introdução de alimentos ou nutrientes no organismo

Padrão ineficaz de alimentação do bebê Deglutição prejudicada

Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais

Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais

Classe 2 — Digestão: Atividades físicas e químicas que convertem gênero alimentícios em substâncias adequadas para absorção e assimilação *Classe 3 — Absorção:* Ato de absorver os nutrientes pelos tecidos do organismo

Classe 4 — Metabolismo: Processos químicos e físicos que ocorrem em organismos vivos e células para o desenvolvimento e a utilização de protoplasma e produção de resíduos e energia, com a liberação de energia para todos os processos vitais

Diagnósticos Aprovados

00082 Controle eficaz do regime terapêutico

00078 Controle ineficaz do regime terapêutico

00080 Controle familiar ineficaz do regime terapêutico

00081 Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico

00084 Comportamento de busca de saúde (especificar)

00099 Manutenção ineficaz da saúde

00098 Manutenção do lar prejudicada

00162 Disposição para controle aumentado do regime terapêutico

00163 Disposição para nutrição melhorada

00186 Disposição para aumento do estado de imunização

Diagnósticos Aprovados

00107

00103

00001
00002

00003

o

TABELA 2.1 (*continuação*)

Diagnósticos Aprovados

00178 Risco de função hepática prejudicada

00179 Risco de glicemia instável

Diagnósticos Aprovados

00014 Incontinência intestinal

00013 Diarréia

00011 Constipação

00015 Risco de constipação

00012 Constipação percebida

Diagnóstico Aprovado

00030 Troca de gases prejudicada

Diagnósticos Aprovados

00096 Privação de sono

00165 Disposição para sono melhorado

00095 Insônia

Risco de síndrome do desuso

Mobilidade física prejudicada

Mobilidade no leito prejudicada

Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Capacidade de transferência prejudicada

Deambulação prejudicada

Atividades de recreação deficientes

Recuperação cirúrgica retardada

Estilo de vida sedentário

Diagnósticos Aprovados

00050 Campo de energia perturbado

00093 Fadiga

TABELA 2.1 (*continuação*) D Domínio 4 — Atividade/Repouso

1

Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos

Classe 1 — Sono/Repouso: Sono, repouso, ócio, relaxamento ou inatividade

Classe 5 — Hidratação; Ingestão e absorção de fluidos e eletrólitos

Diagnósticos Aprovados

00027 Volume de líquidos deficiente

00028 Risco de volume de líquidos deficiente

00026 Volume excessivo de líquidos

00025 Risco de desequilíbrio do volume de líquidos E

00160 Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado

Domínio 3 — Eliminação/Troca

Secreção e excreção dos produtos residuais do metabolismo do organismo

Classe 1 — Função Urinária: Processo de secreção, reabsorção e excreção r de urina

Diagnósticos Aprovados

00016 Eliminação urinária prejudicada

00023 Retenção urinária

00021 Incontinência urinária total

00020 Incontinência urinária funcional

00017 Incontinência urinária de esforço

00019 Incontinência urinária de urgência

00018 Incontinência urinária reflexa

00022 Risco de incontinência urinária de urgência

00166 Disposição para eliminação urinária melhorada

00176 Incontinência urinária por transbordamento

Classe 2 — Função Gastrintestinal: Processo de absorção e excreção dos produtos finais da digestão

Classe 2 — Atividade do Exercício: Mover partes do corpo (mobilidade)! realizar trabalho ou desempenhar ações com frequência (mas não sempre) contra resistência

Diagnósticos Aprovados

00040

00085

00091

00089

00090

00088

00097

00100

00168

Classe 3 — Equilíbrio de Energia: Estado dinâmico de harmonia entre o influxo e o gasto de recursos energéticos

Classe 3 — Função Tegumentar: Processo de secreção e excreção através da pele

Classe 4 — Função Respiratória: Processo de troca de gases e remoção dos produtos finais do metabolismo

(continua)

Classe 4 — Respostas Cardiovasculares/Pulmonares: Mecanismos cardiopulmonares que dão suporte a atividade de repouso

Diagnósticos Aprovados

00029 Débito cardíaco diminuído
00033 Ventilação espontânea prejudicada
00032 Padrão respiratório ineficaz
00092 Intolerância à atividade
00094 Risco de intolerância à atividade
00034 Resposta disfuncional ao desmarque ventilatório
00024 Perfusion tissular ineficaz (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrintestinal, periférica)

*Classe 5 — Autocuidado: Capacidade de participar de atividades para cuidar do próprio corpo e das funções corporais
(continua)*

TABELA 2.1 (continuação)

Diagnósticos Aprovados

00109 Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se
00108 Déficit no autocuidado para banho/higiene
00102 Déficit no autocuidado para alimentação
00110 Déficit no autocuidado para higiene íntima
00182 Disposição para aumento do autocuidado

Domínio 5 — Percepção/cognição

Sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção cognitiva e comunicação

Classe 1 — Atenção: Disposição mental para tomar conhecimento ou servir

Diagnóstico Aprovado

00123 Negligência unilateral

Classe 2 — Orientação: Consciência de tempo, lugar e pessoa

Diagnósticos Aprovados

00127 Síndrome da interpretação ambiental prejudicada
00154 Perambulação

TABELA 2.1 continuação)

Diagnósticos Aprovados

00051 Comunicação verbal prejudicada 00157 Disposição para comunicação aumentada

Domínio 6 — Autopercepção

Consciência de si mesmo

, *Classe 1 — Autoconceito: Percepção(ões) quanto ao eu total*

Diagnósticos Aprovados

00121 Distúrbios da identidade pessoal
00125 Sentimento de impotência
00152 Risco de sentimento de impotência
00124 Desesperança

- 00054 Risco de solidão
- 00167 Disposição para autoconceito melhorado
- 00187 Disposição para aumentar o poder de decisão
- 00174 Risco de dignidade humana comprometida
- 00185 Disposição para aumento da esperança

Classe 2 — Autoestima: Avaliação quanto ao próprio valor, capacidade, importância e sucesso

- Diagnósticos Aprovados**
- 00119 Baixa Autoestima crônica
 - 00120 Baixa Autoestima situacional
 - 00153 Risco de baixa Autoestima situacional

ClasseS — Imagem Corporal: Imagem mental que se tem do próprio corpo

Diagnóstico Aprovado

- 00118 Distúrbio na imagem corporal

Domínio 7 — Relacionamentos de Papel

r Conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos I de pessoas e meios pelos quais essas conexões são demonstradas

Classe 1 — Papéis de Cuidador: Padrões de comportamento socialmente esperados de pessoas que estão provendo cuidados e que não são profissionais da saúde

Diagnósticos Aprovados

- 00061 Tensão do papel de cuidador
- 00062 Risco de tensão do papel de cuidador
- 00056 Paternidade ou maternidade prejudicada
- 00057 Risco de paternidade ou maternidade prejudicada
- 00164 Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

Classe 3 — Sensação/Percepção: Receber Informações pelos sentidos de tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia; a compreensão das dados provenientes desses sentidos resulta em nomear, associar e/ou reconhecer padrões

Diagnóstico Aprovado

- 00122 Percepção sensorial perturbada (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, tátil, olfativa) 1

Classe 4 — Cognição: Uso de memória, aprendizagem, pensamento, re-j solução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capadd& de intelectual, cálculo e linguagem 1

Diagnósticos Aprovados

- 00126 Conhecimento deficiente (especificar)
- 00161 Disposição para conhecimento aumentado
- 00128 Confusão aguda
- 00129 Confusão crônica
- 00131 Memória prejudicada
- 00130 Processos do pensamento perturbados
- 00184 Disposição para aumento da tomada de decisão

00173 Risco de confusão aguda

Classe 5 — Comunicação: Enviar e receber informações verbais e não verbais
(conUnuáJ

TABELA 2.1 (continuação)

Classe 2 — Crenças: Opiniões, expectativas ou julgamentos sobre atos, costumes ou instituições, considerados verdadeiros ou dotados de valor intrínseco

Diagnósticos Aprovados

00068 Disposição para bem-estar espiritual aumentado

00185 Disposição para aumento da esperança

Classe 3—Coerência entre Valor/Crença/Ação: Correspondência ou equilíbrio encontrado entre valores, crenças e ações

Domínio 11 — Segurança/Proteção

Estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e seguridade Classe 1 — Infecção Respostas do hospedeiro apos invasão patogenica

Diagnósticos Aprovados

00004 Risco de infecção

00186 Disposição para aumento do estado de imunização Classe 2—Lesão Física:

Dano ou ferimento corporal

00043 Proteção ineficaz

00156 Risco de síndrome de morte súbita do bebé

Classe 3 — Violência: Aplicação de força ou potência excessiva de modo a causar lesão ou abuso

Diagnósticos Aprovados

00139

00151

00138

00140

00150

Classe 4 — Riscos Amb tentais: Fontes de perigo nos arredores

Diagnósticos Aprovados

00037

00180

00181

Classe 5 — Processos Defensivos: Processos por meio dos quais a pessoa protege a si mesma contra fatores externos

Diagnósticos Aprovados

£ 00041 Resposta alérgica ao látex

00042 Risco de resposta alérgica ao látex

00186 Disposição para aumento do estado de imunização

Classe 6—Termorre gula ção: Processo fisiológico de regular calor e energia no corpo com o propósito de proteger o organismo

Diagnósticos Aprovados

00005 Risco de desequilibrio na temperatura corporal

00008

Termorregulação ineficaz

Hipotermia

Hipertermia

Domínio 12 — Conforto

Sensação de bem-estar ou conforto mental, físico ou social

Classe I — Conforto Físico: Sensação de bem-estar ou conforto e/ou ausência de dor

Diagnósticos Aprovados

00132 Dor aguda

00133 Dor crónica

00134 Náusea

00183 Disposição para aumento do conforto

TABELA 2i (*continuação*)

Diagnósticos Aprovados

00066 Angústia espiritual

00067 Risco de angústia espiritual

00083 Conflito de decisão (especificar)

00079 Desobediência (especificar)

00170 Risco de religiosidade prejudicada

00169 Religiosidade prejudicada

00171 Disposição para religiosidade aumentada

00175 Sofrimento moral

00184 Disposição para aumento da tomada de decisão

Risco de automutilação

Automutilação

Risco de violência direcionada a outros

Risco de violência direcionada a si mesmo

Risco de suicídio

Risco de envenenamento

Risco de contaminação

Contaminação

Diagnósticos Aprovados

00045 Mucosa oral prejudicada

00035 Risco de lesão

00087 Risco de lesão perioperatória por posicionamento

00155 Risco de quedas

00038 Risco de trauma

00046 Integridade da pele prejudicada

00047 Risco de integridade da pele prejudicada

00044 Integridade tissular prejudicada

00048 Dentição prejudicada

- 00036 Risco de sufocação
- 00039 Risco de aspiração
- 00031 Desobstrução ineficaz de vias aéreas
- 00086 Risco de disfunção neurovascular periférica

TABELA 2.1 (continuação)

Classe 2 — Conforto Ambiental: Sensação de bem-estar ou conforto no ambiente em que a pessoa está

Diagnóstico Aprovado

00183 Disposição para aumento do conforto

Classe 3 — Conforto Social: Sensação de bem-estar ou conforto da pessoa com suas situações sociais

Diagnóstico Aprovado

00053 Isolamento social

Domínio 13— Crescimento/Desenvolvimento

Aumentos apropriados para a idade nas dimensões físicas, maturação de sistemas orgânicos e/ou progressão através dos estágios de desenvolvimento

Classe 1 — Crescimento: Aumentos nas dimensões físicas ou maturidade de sistemas orgânicos

Diagnósticos Aprovados

00111 Atraso no crescimento e no desenvolvimento

00113 Risco de crescimento desproporcional

00101 Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde) *Classe 2 — Desenvolvimento:* Progressão ou regressão através de uma 4 sequência de marcos reconhecidos da vida

Diagnósticos Aprovados

00111 Atraso no crescimento e no desenvolvimento

00112 Risco de atraso no desenvolvimento

Definições e Classificação — 2007-2008 307

[SEC) para sistemas de informação clínica (nursingworld.org/nidsec/index.htm) e o do Sistema Unificado de Linguagem Médica (Unified Medical Language System — UMLS) da National Library of Medicine (NLM) (www.nlm.nih.gov/research/umls/umlsmain.html). A taxonomia é registrada

L com Nível de Saúde Sete (Health Level Seven — HL7), um padrão de informática em saúde, como uma terminologia a ser usada para identificar diagnósticos de enfermagem em mensagens eletrônicas entre os sistemas de informação clínica (www.HL7.org). Os diagnósticos da NANDA Interna: tional foram feitos de acordo com o SNOMED CT, aceito como

r: terminologia-padrão para o United States Department of Health and Human Services, o United States Consolidated

E Health Information Initiative e o United Kingdom's National Health Service. Um mapa dessa tentativa de modelo está disponível no SNOMED International (www.snomed.org).

Os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da

NANDA International também estão de acordo com o modelo de terminologia da ICD para um diagnóstico de enfermagem (Figura 2.2)

1 FIGURA 2.2 O Modelo de Terminologia Referencial ISO para um Diagnóstico de Enfermagem.

O sistema multiaxial

A Taxonomia II é multiaxial em sua forma. Trata-se de um formato que melhora significativamente a flexibilidade da nomenclatura e permite fazer inclusões e modificações de modo mais fácil.

Para a taxonomia da NANDA International, um eixo é definido, operacionalmente, como uma dimensão da resposta humana que é levada em conta no processo de diagnóstico.

Há sete eixos. O Modelo de um Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International mostra os sete eixos e suas relações recíprocas (Figura 2.3). O ordenamento e alguns enunciados e definições vêm sendo mudados desde a edição 2005-2006 deste livro, para acompanhar o Modelo de Referência de Padrões Internacionais para um Diagnóstico de Enfermagem:

FIGURA 2.3 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International.

Definições e Classificação — 2007-2008 309

Eixo 1 Conceito diagnóstico

Eixo 2 Sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, comunidade)

Eixo 3 Julgamento (prejudicado, ineficaz)

Eixo 4 Localização (vesical, auditiva, cerebral)

Eixo 5 Idade (bebê, criança, adulto)

Eixo 6 Tempo (crônico, grave, intermitente)

Eixo 7 Situação do diagnóstico (risco, real, de bem-estar, de promoção da saúde)

Os eixos são representados nos diagnósticos de enfermagem

nomeados/codificados através de seus valores. Em alguns casos, são denominados de forma explícita, por exemplo, *enfrentamento comunitário ineficaz* e *enfrentamento familiar comprometido* — nos quais o sujeito do diagnóstico (no primeiro caso, a “comunidade”, e no segundo, a “família”) é nomeado usando-se os dois valores, “comunidade” e “família”, retirados do Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) - “Ineficaz” e “comprometido” são valores contidos no Eixo 3 (julgamento) -

Em alguns casos, o eixo está implícito, como em *intolerância à atividade*, em que o sujeito do diagnóstico (Eixo 2) é sempre o indivíduo. Em outros casos, um eixo pode não ser pertinente a determinado diagnóstico, não fazendo parte, assim, do seu título ou código. Por exemplo, o eixo de tempo pode não ser relevante para todos os diagnósticos.

O Eixo 1 (conceito diagnóstico) e o Eixo 3(julgamento) são elementos essenciais em um diagnóstico de enfermagem. Em alguns casos, porém, o conceito diagnóstico contém o julgamento (por exemplo, *dor*); nestes casos, o julgamento não fica explicitamente separado no título do diagnóstico. O Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) também é fundamental, embora, conforme descrito, possa ficar implícito, não sendo parte do título. O Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos exige esses eixos para a

submissão de diagnósticos; os demais podem ser usados quando importantes para a clareza.

DEFINIÇÕES DOS EIXOS

Amamentação

Angústia espiritual

Ansiedade

Ansiedade relacionada à morte

Aspiração

Atividades de recreação

Autoconceito

Autocuidado

Autocuidado para alimentação

Autocuidado para banho/ higiene

Autocuidado para higiene íntima

Autocuidado para vestirse/arrumar-se

Autoestima

Automutilação

Bem-estar espiritual

Campo de energia

Capacidade adaptativa intracraniana

Capacidade de transferência

Comportamento de busca de saúde

Comportamento de saúde propenso a risco

Comportamento do bebê

Comunicação

Comunicação verbal

Conflito de decisão

Conflito de papel

Conflito no desempenho do papel de pai/mãe

Conforto

Confusão

Conhecimento

Constipação

Contaminação

Controle do regime terapêutico

Crescimento

Deambulação

Débito cardíaco

Déficit no autocuidado Deglutição

Dentição

Desempenho de papel Desenvolvimento

Desesperança

Desobediência Desobstrução de vias aéreas

Desuso

Diarréia

Dignidade

Disfunção periférica
Disfunção sexual
Disreflexia
Disreflexja autonômica
Dor
Eliminação
Eliminação urinária
Enfrentamento
Envenenamento

Equilíbrio de líquidos
Esperança
Estilo de vida sedentário
Síndrome do estresse por mudança
Fadiga
Função hepática
Função neurovascular
Função sexual
Hipertermia
Hipotermia
Identidade
Imagem corporal
Impotência
Imunização
Incontinência intestinal
Incontinência urinária de esforço
Incontinência urinária de urgência
Incontinência urinária funcional
Incontinência urinária por transbordamento
Incontinência urinária reflexa
Incontinência urinária total
Infecção
Insônia
Insuficiência para melhorar
Integridade da pele
Integridade tissular
Interação social
Interpretação ambiental
Intolerância à atividade
Isolamento social

Eixo 1 - Conceito diagnóstico

O conceito diagnóstico é o principal elemento, a parte essencial e fundamental, a raiz do enunciado/declaração diagnóstica. Descreve a “resposta humana” que constitui o ceme do diagnóstico.

Ele pode consistir em um ou mais substantivos. Quando usado mais de um substantivo (p. ex., *tolerância à atividade*), cada um contribui com um significado único para o conceito, como se os dois fossem um só nome; o significado do termo combinado, porém, é diferente de quando os substantivos são enunciados em separado. Com frequência, um adjetivo (p. ex., espiritual) pode ser usado com um substantivo (p. ex.,

angústia) para denotar o conceito diagnóstico *angústia espiritual*.

Em alguns casos, o conceito diagnóstico e o diagnóstico são a mesma coisa, por exemplo, *dor*. Isso ocorre quando o diagnóstico de enfermagem é enunciado em seu nível mais útil clinicamente, e a separação do conceito diagnóstico não acrescenta nenhum nível de abstração significativa.

Os conceitos diagnósticos na Taxonomia II são:

humana neurovascular

Lesão

Lesão perioperatória por posicionamento

Manutenção do lar

Manutenção da saúde

Medo

Memória

Mobilidade

Mobilidade com cadeira de rodas

Mobilidade física

Mobilidade no leito

Morte súbita do bebê

Mucosa oral

Náusea

Negação

Negligência unilateral

Glicemias

Nutrição

Padrão de sono

Padrão de alimentação do bebê

Padrão respiratório

Padrões de sexualidade

Paternidade/maternidade

Perambulação

Percepção sensorial

Perfusão tissular

Síndrome pós-trauma

Poder de decisão

Privação de sono

Processos do pensamento

Processos familiares

Processos familiares:

alcoolismo

Proteção

Quedas

Recuperação cirúrgica

Religiosidade

Resposta alérgica ao látex

Resposta ao desmame

ventilatório

Retenção

Retenção urinária
Pesar
Sobrecarga de estresse)
Sofrimento moral
Solidão 4
Sono :1
Sufocação
Suicídio
Temperatura corporal ,
Tensão do papel de cuidador
Termorregulação
Transferência
Trauma
Trauma de estupro
Trauma de estupro:
reação composta
Trauma de estupro:
reação silenciosa
Tristeza
Troca de gases
Ventilação espontânea
Vínculo
Vínculo pais/filhos
Violência
Violência direcionada outros
Violência direcionada a mesmo
Volume de líquidos

O sujeito do diagnóstico é definido como a(s) pessoa(s) para quem é determinado um diagnóstico de enfermagem. Os valores no Eixo 2 são o indivíduo, a *família*, o grupo e a comunidade:

Individuo: um só ser humano diferente dos demais, uma pessoa.

Família: duas ou mais pessoas com relações contínuas ou sustentáveis, que possuem obrigações recíprocas, percebem um senso comum e partilham determinadas obrigações em relação aos outros; relacionadas pelo sangue e/ ou por escolha.

Grupo: uma quantidade de pessoas com características comuns.

Comunidade: um grupo de pessoas morando nos mesmos lugares, tendo o mesmo governo. Os exemplos incluem as vizinhanças e as cidades.

Quando o sujeito do diagnóstico não é enunciado de forma explícita, é naturalmente o indivíduo.

Eixo 3- Julgamento

Um julgamento é um descritor ou modificador que limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico. Este, em conjunto com o julgamento do enfermeiro sobre ele, compõe o diagnóstico. Os valores no Eixo 3 são:

Eixo 2- Sujeito do diagnóstico

Antecipado: que realiza de antemão, prevê

Baixo: aquém da norma

Comprometido: danifica- do, vulnerável *Defensivo:* usado para ou com a intenção de defesa ou proteção

Deficiente: insuficiente, inadequado

Desequilibrado: fora de proporção ou equilíbrio

Desorganizado: não arrumado ou controlado

e *Desproporcional:* grande ou pequeno demais em comparação com a nonna

314 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

Definições e Classificação — 2007-2008 315

Diminuído: reduzido (em tamanho, quantidade ou grau)

Disfuncional: com funcionamento anormal

Disposição para: em estado adequado para uma atividade ou situação

Eficiente: que produzo efeito buscado ou desejado

Excessivo: maior do que o necessário ou o desejável

Incapacitado: limitado, deficiente

Ineficaz: que não produz o efeito desejado ou pretendido

Interrompido: que teve uma ruptura na sua continuidade

Auditivo

Cardiopulmonar

Cerebral

Cinestésico

Cutâneo

Gastrintestinal

Gustativo

Intracraniano

Mucosas

Melhorado: melhor em qualidade, valor, alcance

Organizado: adequadamente organizado ou controlado

Percebido: observado através dos sentidos

Perturbado: agitado, interrompido, com interferências

Prejudicado: danificado, enfraquecido

Retardado: adiado, lento, atrasado

Situacional: relacionado a uma circunstância particular

Neurovascular periférico

Olfativo

Oral

Renal

Tátil

Vascular periférico

Vesical

Visual

Adolescente

Adulto

Bebê
Criança de 1 a 3 anos
Criança em idade escolar

Agudo: com duração inferior a seis meses. *Contínuo:* sem interrupção, mantendo-se sem pausas.

j res no Eixo 7 são

Bem-estar: qualidade ou estado de saudável
De promoção da saúde: comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e realizar o potencial de saúde humana (Pender, Murduagh e Parsons, 2006)-

Criança em idade pré-escolar

Feto

Idoso
Neonato

Real: existente de fato ou na realidade, existente no momento presente.
Risco: vulnerabilidade, em especial como resultado de exposição a fatores que aumentam as chances de lesão ou perda.

Eixo 5- Idade

Refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico (Eixo 2). Os valores no Eixo 5 são:

Eixo 6 — Tempo

Descreve a duração do conceito diagnóstico (Eixo 1). Os valores no Eixo 6 são:

Eixo 4- Localização

A localização descreve as partes/regiões do corpo e/ou suas funções correlatas — todos os tecidos, órgãos, locais anatômicos ou estruturas. Os valores no Eixo 4 são:

Crônico: com duração superior a seis meses.

Intermitente: com pausas ou reinício a intervalos, periódico, cíclico.

Eixo 7- Situação do diagnóstico

A situação do diagnóstico refere-se à realidade ou à potencialidade do problema, ou à categorização do diagnóstico, como um diagnóstico de bem-estar/promoção da saúde. Os valo-

CONSTRUÇÃO DE UMA DECLARAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ENFERMAGEM

Um diagnóstico de enfermagem é construído pela combinação de valores do Eixo 1 (conceito diagnóstico), do Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) e do Eixo 3 (julgamento), quando necessário, e pelo acréscimo de valores de outros eixos para clareza relevante. Assim, inicia-se pelo conceito diagnóstico (Eixo 1), adicionando-se o julgamento (Eixo 3) sobre ele. Lembre-se de que esses dois eixos são, às vezes, combinados em um único conceito diagnóstico, por exemplo, *dor*. Depois, especifica-se o sujeito do diagnóstico (Eixo 2). Se ele for um “indivíduo”, não há necessidade de torná-lo explícito (Figura 2.4). Pode-se então usar os demais eixos, se forem adequados, para adicionar mais detalhes.

Por exemplo, se o conceito diagnóstico (Eixo 1) for paternidade/maternidade, há a possibilidade de escolher *prejudicada* ou *disposição para aumentada*, do eixo julgamento

FIGURA 2.4 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International: *Enfrentamento Ineficaz*.

(Eixo 3). Além disso, estão disponíveis outros cinco eixos para escolher valores apropriados. A escolha poderia recair em “indivíduo”, do Eixo 2 (sujeito do diagnóstico), “adolescente”, do Eixo 5 (idade), e “risco de”, do Eixo 7 (situação do diagnóstico), para chegar ao diagnóstico Risco *de paternidade/maternidade prejudicada: adolescente* (Figura 2.5). A Figura 2.6 mostra o modelo para *Disposição para enfrentamento familiar aumentado*, um exemplo de um diagnóstico de enfermagem de bem-estar/promoção da saúde.

Algumas palavras de alerta, bem como de encorajamento: a utilização de uma estrutura multiaxial permite a construção de diagnósticos sem sentido (como *Autocuidado prejudicado: feto*). Há necessidade do uso de bom senso e de conhecimentos de enfermagem para construir apenas aqueles diagnósticos com características definidoras que sejam adequados para teste.

FIGURA 2.5 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International: *Risco de Paternidade/Maternidade Prejudicada — Adolescente*.

A TAXONOMIA NNN DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A Taxonomia da NANDA International apareceu pela primeira vez em *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002 (Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002)*. Durante esse período, a NANDA começou a negociar uma aliança com o Centro de Classificação da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, na cidade de Iowa, Estados Unidos. Como parte dessa aliança, explorou-se a possibilidade de desenvolver uma estrutura taxonômica comum, buscando tomar visível a relação entre as três classificações — diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem — e facilitar a ligação entre os três sistemas. As possibilidades foram discutidas entre os membros do Conselho de Diretores da NANDA International e a liderança do Centro de Classificação.¹

Dorothy Jones, representando a NANDA International, e Joanne McCloskey Dochterman, representando o Centro de Classificação, desenvolveram uma proposta para o financiamento.¹

mento de uma conferência apenas para convidados. A proposta foi financiada pela National Library of Medicine, e uma F reunião de três dias foi realizada em agosto de 2001 no Starved [Rock Conference Center, em Utica, Illinois. Reuniram-se 24 especialistas em desenvolvimento, testagem e aperfeiçoamento [de linguagens de enfermagem padronizadas. O objetivo foi t desenvolver uma estrutura taxonômica comum para a prática de enfermagem, incluindo a NÁNDA (diagnósticos de enfermagem), a NIC (intervenções de enfermagem) e a NOC (resultados de enfermagem), com possibilidade de incluir tam M outras linguagens. Um balanço detalhado da conferêncieia, assim como sua história e desenvolvimento, pode ser encontado em *UniSjing Nursing Languages: The Harmonization [ofNANDA, MC, and NOC* (Dochterman e Jones, 2003). O Comitê de Taxonomia da NANDA reuniu-se em ja neiro de 2003 para incluir os diagnósticos de enfermagem retirados de *Diagnósticos de enfermagem da NAI'JDA: definições e classificação 2003-2004* na Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem. O comitê fixou algumas regras para organizar a colocação dos diagnósticos

A definição e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem guiam sua localização.

Quando um diagnóstico de enfermagem *pode ser colocado em dois ou mais domínios*, o Comitê de Taxonomia revisa a definição e as características definidoras do diagnóstico, localizando-o no domínio clinicamente coerente com tais informações. Mediante a revisão da definição e das características definidoras de um diagnóstico de enfermagem, sendo ele *clinicamente coerente com dois ou mais domínios*, é colocado onde os enfermeiros em atuação encontrá-lo.

Alguns diagnósticos de enfermagem *não podem ser incluídos*, porque não há consenso entre os membros do Comitê de Taxonomia. Por exemplo, *atividades de recreação deficientes e recuperação cirúrgica FIGUR*

2.1 Modelo de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International: *Disposição para Enfrentamento Familiar Aumentado*.

gica retardada não foram localizados, porque poderiam ser parte de vários domínios e classes.

5. Diagnósticos com expressões como “*Risco de*” mil “*Disposição para aumentado*” são localizados r mesmo domínio e classe que o diagnóstico de eiñ4, fermação real, quando este existe. :4’

A Tabela 2.2 mostra a localização dos atuais 187 diagnósticos de enfermagem aprovados pela NANDA Internati, nal na Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

ACEITOS PARA DESENVOLVIMENTO

Os diagnósticos a seguir estão no nível de evidênc% 1.4, “aceitos para posterior desenvolvimento”, tendo sido is cluídos nesta publicação para encorajar seu desenvolvimei1 to para uma submissão subsequente.

Baixa Autoestima crônica

Enfrentamento defensivo

Distúrbios da identidade pessoal
Processos do pensamento perturbados
Comportamento de busca de saúde
Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico&
Síndrome do trauma de estupro
Síndrome do trauma de estupro: reação composta
Síndrome do trauma de estupro: reação silenciosa Y

DESENVOLVIMENTO

ADICIONAL DA TAXONOMIA II

Uma estrutura multiaxial permite que os enfermeiros vejam onde existem lacunas e/ou novos diagnósticos potencialmente úteis. Se você construir um novo diagnóstico & um conjunto de diagnósticos que seja útil para sua prática por favor, submeta-o à NANDA International, para que todos possam compartilhar essa descoberta. As normas para submissão de diagnósticos encontram-se na página 320. C,

Processos relacionados à ingestão, à assimilação e ao uso de nutrientes

Manutenção ou modificação de identidade e padrões sexuais

Quantidade e qualidade dos padrões de sono, descanso e relaxamento
Idéias, objetivos, percepções, crenças espirituais ou outras crenças que influenciam escolhas ou decisões

Atraso no crescimento e no desenvolvimento
Risco de crescimento desproporcional Comportamento desorganizado do bebê
Risco de comportamento desorganizado do bebê
Disposição para aumento da competência comportamental do bebê
Amamentação eficaz
Amamentação ineficaz
Amamentação interrompida
Padrão ineficaz de alimentação do bebê
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais
Disposição para nutrição melhorada Deglutição prejudicada

Déficit no autocuidado para alimentação
Déficit no autocuidado para higiene íntima

Disposição para aumento do autocuidado

Disfunção sexual Padrões de sexualidade ineficazes
Privação de sono insônia
Disposição para sono melhorado
Angústia espiritual
Risco de angústia espiritual
Disposição para bem-estar espiritual aumentado
Religiosidade prejudicada
Risco de religiosidade prejudicada

Disposição para religiosidade aumentada
Sofrimento moral

1. Funcional (*continuação*)

Nutrição

Autocuidado Capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária

Déficit no autocuidado para banhei higiene
Déficit no autocuidado para vestir-se arrumar-se

Sexualidade

Sono/Repouso

Valores/Crenças

TABELA

2.2

		Diagnósticos, Resultados	Diagnósticos de Enfermagem
Domínios	Classes	e Intervenções	da NANDA International

2. Fisiológico: Função Cardíaca Mecanismos cardíacos usados para Débito cardíaco diminuído
Inclui diagnósticos, manter a perfusão tissular Perfusão tissular ineficaz resultados e
intervenções para Eliminação Processos relacionados a secreção Incontinência intestinal promover uma e excreção de resíduos corporais Constipação ótima saúde Constipação percebida biofísica Risco de constipação Diarréia
Incontinência urinária funcional
Incontinência urinária reflexa
Incontinência urinária de esforço
Incontinência urinária total
Incontinência urinária de urgência
Risco de incontinência urinária de urgência
Eliminação urinária prejudicada
Retenção urinária
Disposição para eliminação urinária melhorada
Incontinência urinária por

transbordamento
 Líquidos Regulação do equilíbrio hidreletrolítico Volume de líquidos deficiente e Eletrólitos e ácido-básico Volume excessivo do líquidos
 Risco de volume de líquidos deficiente
 Risco de desequilibrio do volume de líquidos
 Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado
 Disretlexia autonômica
 Neurocognição Mecanismos relacionados ao sistema nervoso e ao funcionamento neuro- Contusão aguda cognitivo, incluindo memória, pensa- Confusão crônica
 mento e julgamento Risco de contusão aguda
 Síndrome da interpretação ambiental prejudicada
 Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
 Memória prejudicada
 Negligência unilateral
 Processos do pensamento perturbados
 Perambulação
 Função Efeitos (terapêuticos e adversos) de Farmaco iógica medicamentos ou drogas e outros produtos farmacologicamente ativos
 Regulação Física Respostas da temperatura corporal, Resposta alérgica ao látex
 Risco de resposta alérgica ao látex
 do sistema endócrino e do sistema imunológico para regular os processos celulares Hipertermia
 Hipotermia (*continua*)

TABELA	2.2	(Continuação)			
		.		Diagnósticos, Resultados	Diagnósticos de Enfermagem
Domínios			Classes	e intervenções	da NANDA International

TABELA 2.2 (Continuação)

Domínios

3. Psicossocial:

Inclui diagnósticos, resultados e intervenções para promover uma ótima saúde mental e emocional e o funcionamento social

Classes

Função Respiratória

Sensação! Percepção

Processos relacionados à procriação e ao nascimento

Ventilação adequada para manter os gases do sangue arterial dentro dos limites normais

Entrada e interpretação de informações através dos sentidos, como visão, audição, tato, paladar e olfato

Ações que promovem, mantêm ou restabelecem a saúde

Recebimento, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não-verbais

Ajuste ou adaptação a situações estressantes

Termorregulação ineficaz

Risco de infecção

Risco de disfunção neurovascular periférica

Proteção ineficaz

Risco de glicemia instável

Risco de função hepática prejudicada

Desobstrução ineficaz de vias aéreas

Risco de aspiração

Padrão respiratório ineficaz

Troca de gases prejudicada

Risco de sufocação

Ventilação espontânea prejudicada

Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

Percepção sensorial perturbada

Integridade da pele prejudicada Risco de integridade da pele prejudicada

Integridade tissular prejudicada

Manutenção ineficaz da saúde

Comportamento de busca de saúde

Desobediência

Controle eficaz do regime terapêutico

Controle ineficaz do regime terapêutico

Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico

Controle familiar ineficaz do regime terapêutico

Disposição para controle aumentado do regime terapêutico

Comunicação verbal prejudicada Disposição para comunicação aumentada

Comportamento de saúde propenso a risco
Conflito de decisão
Enfrentamento ineficaz.
Enfrentamento comunitário ineficaz
Disposição para enfrentamento comunitário aumentado

2. Fisiológico (*continuação*)

a Reprodução

Integridade Tissular

Proteção de pele e mucosas para auxiliar a secreção, a excreção e a cicatrização

Dentição prejudicada
Mucosa oral prejudicada
.4

Comportamento

Comunicação

Enfrentamento

t-z

Diagnósticos, Resultados e Intervenções	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International
---	---

TABELA 2.2 (*Continuação*)

3. Psicossocial Enfrentamento defensivo
(*continuação*) Enfrentamento familiar comprometido
Enfrentamento familiar incapacitado
Disposição para enfrentamento familiar aumentado
Negação ineficaz
Pesar
Pesar complicado
Risco de pesar complicado
Síndrome pós-trauma
Risco de síndrome pós-trauma

Síndrome do trauma de estupro
 Síndrome do trauma de estupro:
 reação composta
 Síndrome do trauma de estupro:
 reação silenciosa
 Síndrome do estresse por mudança
 Risco de síndrome do estresse por
 mudança
 Automutilação
 Risco de automutilação
 Risco de suicídio
 Risco de violência direcionada a si mesmo

aumentado
 Sobrecarga de estresse
 Disposição para aumento da tomada
 de decisão
 Emocional Estado mental ou sentimento que Ansiedade
 pode influenciar as percepções Ansiedade relacionada à morte
 sobre o mundo Medo
 Desesperança
 Tristeza crônica
 Disposição para aumento da
 esperança
 Conhecimento Compreensão e habilidade de Conhecimento deficiente
 aplicar informações para promover, (especificar)
 manter e restabelecer a saúde Disposição para conhecimento
 aumentado (especificar)
 Papéis Manutenção e/ou modificação de Risco de vínculo pais/filhos
 Relacionamentos comportamentos sociais esperados prejudicado
 e vínculos emocionais com terceiros Tensão do papel de cuidador
 Risco de tensão do papel de
 cuidador
 Conflito no desempenho do papel
 de pai/mãe
 Processos familiares disfuncionais:
 alcoolismo
 Processos familiares interrompidos

Diagnósticos,	Resultados	Diagnósticos de Enfermagem
Domínios Classes e Intervenções		da NANDA International

TABELA 2.2 (Continuação)

4. Meio ambiente:

Inclui diagnósticos, resultados e intervenções para promover e proteger a saúde ambiental e a segurança de indivíduos, sistemas e comunidade

Estruturas e processos sociais, políticos e econômicos para a prestação de serviços de atenção à saúde

Agrupamento de indivíduos ou comunidades que tenham características em comum

Disposição para aumentar o de decisão

Risco de dignidade humana comprometida

Manutenção do lar prejudicada

Risco de lesão

Risco de lesão perioperatória por posicionamento

Risco de envenenamento

Risco de trauma

Risco de síndrome de morte súbita do bebê

Disposição para aumento do estado de imunização

Contaminação

Risco de contaminação

Não foi possível incluir na estrutura:

Atividades de recreação deficientes

Recuperação cirúrgica retardada

3. Psicossocial (continuação)

Autopercepção

Consciência da própria identidade corporal e pessoal

Paternidade ou maternidade - 4

prejudicada

Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Desempenho de papel ineficaz

Interação social prejudicada 4

Isolamento social

Risco de violência direcionada a outros o' 4

Disposição para processos familiares

melhorados 4

Disposição para paternidade ou o' maternidade melhorada Z 4

Distúrbio na imagem corporal

Distúrbios da identidade pessoal

Risco de solidão

Sentimento de impotência 4

Risco de sentimento de impotência
Baixa Autoestima crônica 4
Baixa Autoestima situacional
Risco de baixa Autoestima situacional
Disposição para autoconceito
melhorado

Sistema de Saúde

Populações Controle de Riscos

Prevenção contra ameaças à saúde identificáveis

Esta estrutura é de domínio público e pode ser usada livremente, sem necessidade de permissão. No entanto, a estrutura ou possíveis modificações não poderão ser reproduzidas por pessoa alguma, grupo ou organização. Qualquer uso desta estrutura deve informar sua fonte.

Diagnósticos, Resultados Domínios Classes e Intervenções	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International
---	--

332 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

formulários para submissão podem ser encontrados no *site* da NANDA International (www.nanda.org) e no *site* do NLINKS (www.nlinks.org). O Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos ficará feliz em ajudá-lo a preparar sua submissão. Se precisar de ajuda e/ou tiver dúvidas, entre em contato com Leann Scroggins (scroggins.leann@mayo.edu).

A sede da NANDA International também pode ser uma fonte de informações para o preparo da submissão de diagnósticos de enfermagem novos ou revisados. Sua localização é a seguinte: 100 North 20th Street, Philadelphia, PA, USA, 19103. Telefone: 800-647-9002 ou 215-545-8105; Fax: 215-545-8107.

Referências

- Coenen, A., McNeil, E., Eakken, S., Eickford, C., & Warren, J. (2001). Toward comparable nursing data: American Nurses Association criteria for data sets, classification systems, and nomenclatures. *Computers in Nursing*, 19, 240-248.
- Dochterman, J.M., & Jones, D. (Eds.) (2003). *Unifying nursing languages: The harmonization of NANDA, NIC, and NOC*. Washington, DC: American Nurses Association.
- Gordon, M. (1998). *Manual of nursing diagnosis*. St. Louis: Mosby.
- Jenny, J. (1994). Advancing the science of nursing with nursing diagnosis. In M. Rantz & P. LeMone (Eds.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eleventh conference* (pp. 1-10).

- 73-81). Glendale, CA: CINAI-IL.
- Johnson, M, & Maas, M. (1997). *Nursing outcomes classification* (NOC). St. Louis: Mosby.
- NANDA. (2001). *NANDA nursing diagnoses: Definitions & classification 2001-2002*. Philadelphia: Author.
- Pender, N.J., Murdaugh, CL., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (8th ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Roget's II: *The new thesaurus*. (1980). Boston: Houghton Mifflin.

PARTE 3
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
APLICAÇÕES E NORMAS
PARA SUBMISSÃO
2007 - 2008

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
NA EDUCAÇÃO**

Martha Craft-Rosenberg, PhD, RN, FAAN
Kelly Smith, MSN, RN

O uso de diagnósticos de enfermagem é essencial à educação em enfermagem. A avaliação e o diagnóstico de pessoas, famílias e comunidades ensinam aos estudantes raciocínios hipotéticos e raciocínio crítico. Além disso, os que procuram os enfermeiros em busca de ajuda esperam atingir resultados de saúde melhorada, responsabilidade desses profissionais. Os resultados e a escolha das intervenções dependem dos diagnósticos de enfermagem precisos e válidos.

Ensinar alunos de cursos de enfermagem a utilizar os diagnósticos de enfermagem inicia-se pela coleta de dados e pela história do paciente. Ao investigar e coletar dados (informações) de pessoas, famílias e comunidades, os alunos estão identificando os “sinais e sintomas” ou as características definidoras dos conceitos diagnósticos de enfermagem. Os fatores ou variáveis que influenciam os diagnósticos são integrados à história, aos prontuários e a outras evidências. Essas variáveis compõem o contexto, os “fatores relacionados”, que são combinados com as características definidoras para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Havendo possibilidade, os enfermeiros tratam os fatores relacionados com intervenções, prevenindo ou reduzindo seu impacto. Quando o tratamento de um fator relacionado não é possível, os enfermeiros tratam as características definidoras com intervenções de enfermagem selecionadas.

O livro que você está lendo inclui a lista completa dos 14 diagnósticos de enfermagem (conceitos), as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco. Trata-se de um livro publicado a cada dois anos pela NANDA International. É pequeno e suficiente para que estudantes de enfermagem tenham sempre um exemplar consigo, nas unidades clínicas de cuidados graves e locais de atendimento às comunidades. Todos podem obter uma cópia no site da NANDA International (www.nanda.org).

**INVESTIGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO
DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS**

As características definidoras são aquelas passíveis de observação e verificação em indivíduos, famílias e comunidades. Funcionam como indícios ou inferências que se agrupam como manifestações de uma doença real ou de um estado de bem-estar real, ou um diagnóstico de enfermagem. Suponhamos, por exemplo, que uma pessoa (Sara)

diga a um aluno de enfermagem que está “enjoada” e solicite uma bacia de emese. O aluno também observa que ela está apresentando movimentos frequentes de deglutição e reflexo de vômito. Essas características definidoras sugerem o diagnóstico de enfermagem de *náusea*.

HISTÓRIA E IDENTIFICAÇÃO DE FATORES RELACIONADOS

Os fatores relacionados compõem o contexto para as características definidoras. Eles mostram algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como anteriores a, associados a, relacionados a, contribuindo para ou apoiando o diagnóstico. São identificados como características ou história de indivíduos, famílias e comunidades. No caso de Sara, ela poderá revelar estar tomando grandes doses de aspirina por prescrição médica e ingerindo-as com o estômago vazio. Neste caso, os estudantes podem estabelecer um “resultado livre de náusea”

“utilizar a intervenção de enfermagem da NIC ‘Controle da Náusea’” (Dochterman e Bulecheck, 2004), em especial a atividade de “Reducir ou eliminar fatores pessoais que precipitam ou aumentam a náusea (ingestão de aspirina com estômago vazio)”.

ESCOLHA DO TÍTULO DO DIAGNÓSTICO

O título do diagnóstico de enfermagem é escolhido com base em duas características. Primeiro, a definição do título diagnóstico deve refletir a combinação entre características definidoras e fatores relacionados. Segundo, o diagnóstico selecionado é o termo que, com as características definidoras e os fatores relacionados, combina com os dados coletados

! pelos estudantes quando da investigação e do relato da história. Nesse caso, a definição de *náusea* é “Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, que pode levar ao impulso ou à necessidade de vomita?” (p. 198). No exemplo, Sara declarou que está “enjoada” e evidencia outras características definidoras. Sua história ofereceu um antecedente para a náusea — a ingestão de grandes doses de aspirina com o estômago vazio.

DIAGNÓSTICOS DE RISCO

Os enfermeiros sempre foram responsáveis pela identificação de indivíduos, famílias e comunidades em situação de risco, protegendo-os em relação a isso. O diagnóstico de risco “descreve respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade vulnerável. E sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade” (p. 377). Por exemplo, o diagnóstico *risco de integridade da pele prejudicada* inclui fatores internos e externos que influenciam a vulnerabilidade. As intervenções escolhidas pelo enfermeiro, com fins de chegar aos resultados, baseiam-se nesses fatores influenciadores.

O livro que você está lendo inclui a lista completa dos diagnósticos de enfermagem (conceitos), as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco. Trata-se de um livro publicado a cada dois anos pela NANDA International. É pequeno e suficiente para que estudantes de enfermagem tenham sempre um exemplar consigo, nas unidades clínicas de cuidados graves e locais de atendimento às comunidades. Todos podem obter uma cópia no site da NANDA International (www.nanda.org).

INVESTIGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

As características definidoras são aquelas passíveis de observação e verificação em indivíduos, famílias e comunidades. Funcionam como indícios ou inferências que se agrupam como manifestações de uma doença real ou de um estado de bem-estar real, ou um diagnóstico de enfermagem. Suponhamos, por exemplo, que uma pessoa (Sara) diga a um aluno de enfermagem que está “enjoada” e solicite uma bacia de emese. O aluno também observa que ela está apresentando movimentos frequentes de deglutição e reflexo de vômito. Essas características definidoras sugerem o diagnóstico de enfermagem de *náusea*.

HISTÓRIA E IDENTIFICAÇÃO

DE FATORES RELACIONADOS

Os fatores relacionados compõem o contexto para as características definidoras. Eles mostram algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como anteriores a, associados a, relacionados a, contribuindo para ou apoiando o diagnóstico. São identificados como características ou história de indivíduos, famílias e comunidades. No caso de Sara, ela poderá revelar estar tomando grandes doses de aspirina por prescrição médica e ingerindo-as com o estômago vazio. Neste caso, os estudantes podem estabelecer um “resultado livre de náusea”

e utilizar a intervenção de enfermagem da NIC “Controle da Náusea” (Dochterman e Bulecheck, 2004), em especial a atividade de “Reducir ou eliminar fatores pessoais que precipitam ou aumentam a náusea (ingestão de aspirina com estômago vazio)”.

O título do diagnóstico de enfermagem é escolhido com base em duas características. Primeiro, a definição do título diagnóstico deve refletir a combinação entre características definidoras e fatores relacionados. Segundo, o diagnóstico selecionado é o termo que, com as características definidoras e os fatores relacionados, combina com os dados coletados pelos estudantes quando da investigação e do relato da história. Nesse caso, a definição de *náusea* é “Uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, que pode levar ao impulso ou à necessidade de vomitar” (p. 198). No exemplo, Sara declarou que está “enjoada” e evidencia outras características definidoras. Sua história ofereceu um antecedente para a náusea — a ingestão de grandes doses de aspirina com o estômago vazio.

r DIAGNÓSTICOS DE RISCO

Os enfermeiros sempre foram responsáveis pela identificação de indivíduos, famílias e comunidades em situação de risco, protegendo-os em relação a isso. O diagnóstico de risco “descreve respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade vulnerável. E sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade” (p. 377). Por exemplo, o diagnóstico risco de *integridade da pele prejudicada* inclui fatores internos e externos que influenciam a vulnerabilidade. As intervenções escolhidas pelo enfermeiro, com fins de chegar aos resultados, baseiam-se nesses fatores influenciadores.

ESCOLHA DO TÍTULO DO DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Um diagnóstico de promoção da saúde é um julgamento clínico da motivação e do

desejo de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde, como alimentação e exercício. Diagnósticos de promoção da saúde podem ser utilizados em qualquer condição de saúde, não necessitando de níveis atuais de bem-estar. Essa disposição é apoiada pelas características definidoras. As intervenções são selecionadas de forma a combinarem com o indivíduo/família/comunidade, assegurando, da melhor maneira possível, a capacidade de alcançar os resultados enunciados.

DIAGNÓSTICOS DE BEM-ESTAR

Um diagnóstico de bem-estar descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em uma pessoa, família ou comunidade com disposição para melhorar. Essa disposição é apoiada por características definidoras. Tal como com todos os diagnósticos, resultados sensíveis à enfermagem (reagentes às intervenções) são identificados, e as intervenções são escolhidas de modo a propiciar uma grande probabilidade de alcance dos resultados.

PRIORIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS

Priorizar diagnósticos é um tipo de raciocínio crítico que a maioria dos professores de enfermagem espera de seus alunos. Professores universitários costumam solicitar uma lista de diagnósticos de enfermagem a seus alunos. Eles fazem a compilação ao lerem a história de pessoas, famílias e comunidades. Após a coleta de dados, precisam tomar decisões quanto à priorização dos diagnósticos. Essas prioridades são estabelecidas com base nas necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. Diante de uma experiência 1 clínica por um breve período, os estudantes de enfermagem 1

recebem dos professores a tarefa de escolher os diagnósticos de enfermagem que conseguem tratar durante esse período curto de atuação.

ASSOCIAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COM RESULTADOS E INTERVENÇÕES

Diagnósticos de enfermagem precisos e válidos determinam os resultados sensíveis à ação do enfermeiro. Eles orientam a escolha das intervenções com possibilidade de produzir os efeitos desejados do tratamento. Mais uma vez, as intervenções tratarão dos fatores relacionados (ou fatores de risco) ou das características definidoras. Professores universitários e seus alunos, nos cursos de enfermagem, podem fazer uso do livro de ligações (Johnson et al., 2006) ou das ligações/associações com os diagnósticos de enfermagem, que apresentados no final dos livros da NIC (Dochterman e Bulechek, 2004) e da NOC (Moorhead, Johnson e Maas, 2004). Essas associações com os diagnósticos trazem exemplos claros de ligação entre diagnósticos, intervenções e resultados.

Alguns professores, porém, podem solicitar aos alunos a identificação dos resultados e a seleção das intervenções de forma independente, aplicando, assim, habilidades de raciocínio crítico.

Professores que usam os diagnósticos de enfermagem detectarão um aumento no raciocínio crítico e analítico dos alunos, com um foco bem-definido na priorização das necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. Aqueles professores menos experientes aprenderão com os alunos inicialmente, mas ambos ficarão maravilhados com a velocidade com que passarão a aplicar esse processo “natural”.

REFERÊNCIAS

Dochterman, J.M., & Bulechek, G. (Eds.). (2004). *Nursing interventions classification* (NIC). St. Louis, MO: Mosby.

Johnson, J., Bulechek, G., Butcher, H., Dochternan, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2006). *NANDA, NOC, and NIC Linkages*:

O VALOR DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS REGISTROS ELETRÔNICOS DE SAÚDE

Jane Brokel, PhD, RN

Crystal Heath, MSN, RN

Em 2004, a indústria da saúde foi responsável por 1,9 trilhões de dólares, 16% do PIB norte-americano (Doeksen, 2006). O MECON (1995) e a Healthcare Financial Management Association, em 1995, relataram que os custos trabalhistas de enfermeiros chegavam a mais de 50% do total dos custos trabalhistas nos cuidados de saúde. Em consequência, as corporações hospitalares, na metade da década de 1990, reduziram as despesas trabalhistas, diminuindo o corpo funcional (DeMoro, 2000; Wunderlich, Sloan e Davis, 1996). Por conta disso, o sistema de pagamento *a posteriori* influenciou as reduções nas hospitalizações dos pacientes e o tempo de permanência hospitalizado, ao mesmo tempo em que os hospitais testemunharam o aumento da complexidade no atendimento aos pacientes. Além disso, o sistema de pagamento após os cuidados estava levando o atendimento dos hospitais para outros locais ambulatoriais, como o atendimento domiciliar. Essas mudanças trazem implicações para as exigências de recursos trabalhistas na enfermagem (Kovner, Jones e Gergen, 2000). Ainda assim, jamais foram utilizados dados específicos de enfermagem para orientar as decisões sobre onde deveriam ocorrer as reduções no corpo funcional.

Estudos anteriores descobriram que diagnósticos de enfermagem associados a cada paciente explicavam parte da duração da permanência hospitalar, da permanência nas UTIs

Nursing diagnoses, outcomes, & interventions (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (Eds.). (2004). *Nursing 1 outcomes classification* (NOC). St. Louis, MC.

e do total de gastos hospitalares (Welton e Halloran, 1999). Os diagnósticos explicavam ainda parte da quantidade de visitas domiciliares de enfermagem (Marek, 1996). Titler e colaboradores (2006) estudaram os movimentos de pacientes com fraturas de quadril a partir do hospital. A equipe descobriu que as intervenções de enfermagem documentadas providenciadas durante o atendimento hospitalar previ- 1 ram se os pacientes receberiam alta para casa ou para outras 1 instituições de atendimento. Diante do fato de que as intervenções e os custos de enfermagem constituem uma fonte importante de gastos hospitalares, há ainda pouca análise quantitativa das contribuições da enfermagem para os resultados gerais dos pacientes. Atualmente, nos Estados Unidos, os níveis de contratação de enfermeiros estão sob revisão contínua, com discussões no Legislativo para a determinação da proporção entre pacientes e enfermeiros. O uso de linguagens de enfermagem padronizadas no âmbito dos sistemas- 1, temas clínicos de informação disponibiliza a enfermeiros e a outras pessoas as informações que demonstram as contribuições dos cuidados de enfermagem (Titler et al., 2006). Esses estudos complexos compilam os dados a partir de múltiplos sistemas de informação de cuidados de saúde, até mesmo de sistemas ainda manuais, que têm uma ampla variação nos métodos de

documentação.

Os serviços de enfermagem nem sempre são identificados como geradores de retorno para um hospital, uma vez que vários deles, historicamente, são incluídos como despesas de quarto e hospedagem (Hendricks e Baume, 1997) .. Considerando-se que o atendimento prestado pelos enfermeiros não costuma ser coletado e analisado, o efeito nos resultados e os benefícios das investigações e intervenções de enfermagem, bem como da coordenação dos cuidados ao paciente e ao hospital, não são quantificados. Para oferecer a informação quantificável necessária a uma avaliação eficiente da enfermagem, terminologias padronizadas precisam ser incluídas, de maneira uniforme, nos registros eletrônicos de saúde (RES), para que os dados sejam coletados e analisados

sados de forma sistemática (Lavin, Avant, Craft-Rosenberg, Herdman e Gebbie, 2004). Considerando-se que o corpo funcional da enfermagem constitui a principal fonte de gastos de um hospital, a capacidade de obter termos padronizados de enfermagem dos RESs proporcionará as respostas para o gerenciamento dos custos dos cuidados de saúde. Dados de enfermagem são

mais importantes do que nunca no contexto atual para o aperfeiçoamento da segurança do paciente e para o controle

eficiente e custo-efetivo dos cuidados de saúde (Jerant, Azairn e Nesbitt, 2001). Uma análise de custo-eficácia depende de uma metodologia dos elementos envolvidos (Levin e

McEwan, 2001). Basicamente, qualquer intervenção faz uso de elementos que têm certo valor ou custo. Se eles podem ser *identificados*, e seus custos admitidos, o custo total da intervenção e o custo por unidade de eficácia, benefício ou utilidade podem ser calculados (Levin e McEwan, 2001). Terminologias como os diagnósticos de enfermagem da NANDA,

as intervenções da MC, os resultados e indicadores da NOC, quando usados em combinação, oferecem a melhor oportunidade para uma resposta a perguntas sobre segurança, eficiência e custo-benefício da prática da enfermagem às populações de pacientes. Já foram propostos vários métodos de uso das terminologias em conjunto em RES5, como os Modelos VIPS (Ehnforss, Ehrenberg e Thorell-Ekstrand, 1998), o Modelo OPT (Pesut e Herman, 1999), a Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem (McCloskey e Bulechek, 2004) e

o Modelo KPO (von Krogh, Dale e Naden, 2005).

A documentação de enfermagem na prática atual consiste de anotações longas em papel, no formato narrativo.

Esse método tem variações importantes, em termos de descrever os achados e as ações dos enfermeiros. Como consequência, coloca em desvantagem a capacidade de qualquer um para analisar os cuidados. Anotações em forma narrativa são ambíguas, trazem redundâncias e vários matizes dentro do texto. Além disso, uma vez que costumam ser feitas

manualmente, muitas vezes são ilegíveis, interpretadas de

forma equivocada e, em geral, disponíveis apenas a uma pessoa de cada vez. Como resultado, é difícil transportar as anotações em forma narrativa para um sistema computadorizado, onde podem ser recuperadas para avaliações diárias dos cuidados do paciente ou analisadas para pesquisas e apoio a decisões (Bates, Ebell, Gotlieb, Zapp e Muilins, 2003).

A inclusão de diagnósticos de enfermagem, juntamente com a *Classificação das*

Intervenções de Enfermagem (McCloskey e Bulechek, 2004) e a *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (Moorhead, Johnson e Maas, 2004) no RES compõe um recurso amplo de captação da contribuição singular da enfermagem, de forma coijsistente e quantificável. Essa consistência pode trazer os seguintes benefícios: Facilitar as tentativas de comunicação da equipe de atendimento de saúde. Esses termos da enfermagem, acompanhados de termos padronizados para medicamentos e ações médicas, proporcionarão a continuidade dos cuidados nas unidades de enfermagem e entre os locais de atuação dos enfermeiros (Figoski e Downey, 2006). Uma linguagem que une conceitos de enfermagem para o processo de enfermagem no RES e facilita a troca eventual de dados dos conceitos do processo de enfermagem. Um meio de descrever os conhecimentos e as habilidades essenciais à prática da enfermagem (Lunney, 2006).

Um método comum que permite aos executivos da enfermagem e aos administradores a coleta e a análise de dados específicos da enfermagem; estes constituirão evidência dos efeitos e das contribuições decorrentes dos cuidados dos enfermeiros, bem como possibilitarão o cálculo dos serviços de enfermagem custeados por terceiros (Jerant et al., 2001).

Um Fecurso comum que capta dados sobre os resultados do paciente, sendo útil à criação e ao acúmulo de novos conhecimentos que apóiem a prática baseada em evidências (Lavin et al., 2004).

Um mecanismo que facilita o debate sobre as leis e a profissão de enfermeiro com os criadores de políticas (Lavin et al., 2004).

Uma linguagem comum no processo educativo para ensinar a tomada de decisões clínicas aos estudantes de enfermagem (Garcia, Hansche e Lobert, 2006; Gloskey, Kravutskie e Zugcic, 2006; Gordon, 2006; Johnson, 2006).

Informações para a evolução da ciência dos cuidados de enfermagem.

Para que o RES realmente reflita a totalidade de cuidados oferecidos por profissionais da saúde, precisa incluir dados de enfermagem como um reflexo do processo de enfermagem (von Krogh et al., 2005).

Bates, D.W., Ebell, M., Gotlieb, E., Zapp, J., & Muilins, H.C. (2003). A proposal for electronic medical records in lis. primar' care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(1), 1-10. DeMoro, D. (2000). Engineering a crisis. How hospitais created a shortage of nurses. *Revolution*, 1(2), 16-23.

Doeksen, GA. (2006). *The changing face of economic devei opment: Health care as an economic engine*. Paper presented at the EcoMod Intemational Conference on Regional and Urban Modeling, Brussels, Belgium.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstand, I. (1998). *VIPS boken. The VIPS book*. Stockholm: Vordforbunder.

Figoski, M., & Downey, J. (2006). Perspectives in continuity ofcare. Fadiity &arging and nursing intervention classification (NIC): The new dynamic duo. *Nursing Economics*, 24, 102-111.

Terminologias padronizadas de enfermagem, como a NÁNDA, a NIC e a NOC, proporcionam os meios para a coleta de dados de enfermagem, que são analisados de forma sistemática nas organizações de atendimento de saúde e entre elas. Aiém disso, são dados essenciais para que se constitua a fundamentação para qualquer análise de custo-benefício para a prática da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Garcia, T., Hansche, J., & Lobert, J.H.(2006). A user's guide to operationalizing NANDA, NIC, and NOC in a nursing curriculum. *77w International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, (17), 33-34.
- Gloskey, D., Kravutske, ME., & Zugcic, M. (2006). Do you need to educate RNs on how to document using the nursing outcome classification? *The International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, (17), 34-35.
- Gordon, M.(2006). Tips on teaching nursing diagnosis. *The International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, (17), 35. Hendricks, I., & Baume, P (1997). The pricing of nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 25, 454-462.
- Jerant, A.E, Azari, R, & Nesbitt, TS. (2001). Reducing the cost of frequent hospital admissions for congestive heart failure. A randomized trial of a home telecare intervention. *Medical Care*, 39, 1234- 1245.
- Johnson, M. (2006). Linking NANDA, NOC and NIC. *The International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 17, 39-40. Kovner, C.T., Jones, Cli., & Gergen, PJ. (2000). Nursing staffing in acute care hospitals, 1990-1996. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 1, 194-204.
- Lavin, M.A., Avant, K., Craft-Rosenberg, M., Herdman, T.H., & Gebbie, K. (2004). Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 15, 39-47.
- Levin, H.M., & McEwan, PJ. (2001). *Cost-effectiveness analysis* (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lunney, M. (2006). Staff development. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *Journal of Nursing Administration*, 36, 118-125.
- Marek, ICD. (1996). Nursing diagnoses and home care nursing utilization. *Public Health Nurse*, 13, 195-200.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2004). *Nursing interventions classification* (NIC, 4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2004). *Mrsring outcomes classification* (NOC). St. Louis, MO: Mosby.
- Pesut, D.J., & Herman, J. (1999). Clinical reasoning. *The art & science of critical & creative thinking*. Detroit, MI: Delmar.
- Titier, M., Dochterman, I, Xie, X., Kanak, M, Fei, Q., Piconi, DM., & Shever, L. (2006). Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research*, 55, 231-242.
- von Krogh, G., Dale, C., & Naden, D. (2005). A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 275-281.
- Weiton, IM., & Halioran, E.J. (1999). A comparison of nursing and medical diagnoses in predicting hospital outcomes. Transforming health care through informatics: Cornerstone for a new information management paradigm. *Proceedings from AMIA 1999 Annual Symposium* (pp.171-175). Bethesda, MD: AMIA.
- Wunderlich, G., Sloan, E, & Davis, C. (Eds.). (1996). *Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate?* Washington, DC: National Academy Press.

MECON and Healthcare Financial Management Association. (1995). *From increasing revenues to controlling costs: Benchmark data for strategic planning fSupplement*. Westchester, IL: Author.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PESQUISA

Margaret Lunney, PhD, RN

Desde 1973, os diagnósticos aprovados para a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International foram desenvolvidos e submetidos por enfermeiros que utilizavam uma variedade de métodos de pesquisa. Cada diagnóstico baseia-se em uma pesquisa, sendo que alguns apresentam evidências de pesquisa mais fortes do que outros. Ao longo das últimas quatro décadas, os métodos de pesquisa tornaram-se mais sofisticados, e o Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos passou a exigir evidências mais rígidas como base para aprovar novos diagnósticos.

Para continuar baseada em evidências, a Taxonomia da NANDA International precisa do apoio de pesquisa contínua (Whitley, 1999). Alguns tipos de estudo necessários incluem análises de conceitos, validação de conteúdo, validação de construtos e de critérios relativos, validação por consenso e estudos sobre a precisão dos diagnósticos de enfermagem. As referências citadas podem ser utilizadas como recurso para esses métodos de pesquisa.

ANÁLISES DE CONCEITOS

O desenvolvimento e as análises de conceitos foram e continuam a ser um aspecto importante do desenvolvimento e da aprovação de novos diagnósticos (Avant, 1990). A identificação e a formulação de um conceito é a primeira etapa no desenvolvimento de novos diagnósticos e no aperfei-

çoamento de outros, já aceitos. Cada diagnóstico de enfermagem é um conceito que precisa ser desenvolvido utilizando-se métodos sistemáticos (Walker e Avant, 2005). Um estudo clássico, por exemplo, foi a análise que Whitley (1992) fez do conceito de medo. Na conferência da Aliança NNN, em 2006, foi relatada uma análise de conceito para o desenvolvimento de um novo diagnóstico de promoção de bem-estar e saúde: *Desempenho de papel de apoio na família* (Lamont, 2006).

Lien-Gieschen (1994) desenvolveram diretrizes revisadas para o escore e a interpretação de características definidoras como alta ou moderadamente relevantes para a elaboração de um diagnóstico. Essas revisões de escore são importantes para que se evite o desenvolvimento de longas listas de características definidoras. Alguns diagnósticos atualmente aprovados apresentam enormes listas de características definidoras, que podem ser reduzidas se forem feitos estudos clínicos que utilizem as diretrizes já mencionadas.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Estudos de validação de conteúdo costumam compor a base para o aperfeiçoamento de diagnósticos aprovados e para o desenvolvimento de novos. Nesses estudos, há dois grupos possíveis de sujeitos — os enfermeiros que trabalham com pacientes com o diagnóstico específico ou os pacientes que, no momento, têm experiências relativas ao diagnóstico (Fehring, 1986). Um problema de ter enfermeiros como sujeitos, no entanto, caso se trate de um novo diagnóstico, é o fato de eles terem que enunciar, de memória, a importância das características definidoras. Estudos de validação clínica em que pacientes são investigados na busca de características definidoras no momento em que vivenciam a resposta humana específica oferecem dados melhores para estudos de

validação de conteúdo.

Durante décadas, os dados advindos de estudos de validação clínica têm servido de apoio para os diagnósticos de enfermagem, como, por exemplo, Bartek, Lindeman e Hawks (1999), Carlson-Catalano e colaboradores (1998) e Kim e colaboradores (1984)- Os desafios na realização de estudos clínicos são significativos, mas valem a pena, já que os dados são conseguidos a partir de pacientes reais, que, no momento, sofrem a reação humana que interessa ao pesquisador. Considerações metodológicas para tais estudos foram descritas por Carlson-Catalano e Lunney (1995), Grant, Kinney e Guzzetta (1990) e Maas, Hardy e Craft (1990). Sparks e

VALIDADE DE CONSTRUTOS E DE CRITÉRIOS RELATIVOS

“O desenvolvimento com base em conhecimentos de diagnósticos na taxonomia da NANDA significa que uma série de estudos precisa ser feita para cada diagnóstico e para

grupos de diagnósticos” (Parker e Lunney, 1998, p. 146). Os vários tipos de estudos necessários para o estabelecimento .. da validade de construtos e de critérios relativos são estudos de confiabilidade, epidemiológicos, de resultados, de análise causal e de possibilidade de generalização (Parker e

Lunney). Os estudos de confiabilidade podem demonstrar a estabilidade e a coerência dos diagnósticos. Os estudos epidemiológicos relativos à incidência e à prevalência de diagnóstico específicos em locais e populações, mostram a importância e a co-ocorrência de diagnósticos. Por exemplo, em análises retrospectivas de 123.241 internações hospitalares em sequência em um hospital universitário, Welton e

Hailoran (2005) demonstraram que os diagnósticos de enfermagem foram bons elementos de previsão de resultados

hospitalares, significando um acréscimo de 30 a 146% de poder explicativo aos grupos de diagnósticos relacionados (GDRs) e a todos os GDRs aperfeiçoados pelos pacientes.

Estudos epidemiológicos também podem ser feitos para indicar a relação entre diagnósticos, intervenções e resultado dos Estudos de resultados ou eficácia podem exemplificar

os prognósticos dos diagnósticos e as melhores intervenções

para ajudar pessoas com diagnósticos específicos. Um simpósio de três exemplos de estudos de eficácia foi apresentado na conferência de 2006 da Aliança NNN (Dochterman, 2006). Estudos de análise causal, utilizando desenho experimental, podem mostrar a relação entre diagnósticos e teorias e a importância do uso de diagnósticos padronizados para que seja oferecido cuidado de enfermagem qualificado. Estudos de possibilidade de generalização podem mostrar a importância de diagnósticos de enfermagem como meio de comunicação entre instituições e diagnósticos médicos ou categorias da CID-9. Um bom recurso para realizar estudos de confiabilidade e validade é um livro sobre medidas (p. ex., Waltz, Strickland e Lenz, 2005).

VALIDAÇÃO POR CONSENSO

Técnicas de validação por consenso estão sendo usadas

• para o estabelecimento de conexões da NANDA, NIC e NOC com populações específicas com os propósitos de desenvolver padrões de prática e identificar termos específicos a serem incluídos em registros eletrônicos de saúde (Carlson, 2006a, 2006b; Minthorn, 2006; Westmoreland, Wesorick, Hanson e Wmgarden, 2000). O estudo de

Westmoreland e colaboradores validou que as diretrizes de sua prática clínica delineavam “os serviços certos e o conhecimento relacionado a esses serviços” (p. 19). Carlson (2006a) recomenda métodos de pesquisa de ação participativa para que enfermeiros em atuação identifiquem os termos específicos da NANDA, da NIC e da NOC aplicáveis a pacientes atendidos por sua instituição ou unidade. Esse processo vem sendo utilizado em vários locais de atendimento de saúde, podendo ser adotado por enfermeiros em qualquer área de atuação. Em um futuro próximo, o Comitê de Pesquisas promoverá esse processo como um método padronizado de estabelecimento de padrões de prática e seleção de termos para registros eletrônicos de saúde.

ESTUDOS SOBRE A PRECISÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Estudos sobre a precisão dos diagnósticos de enfermagem e sobre os fatores que influenciam essa precisão são necessários, uma vez que pesquisas anteriores estabeleceram que a precisão varia muito (Lunney, 2001). A exatidão dos diagnósticos de enfermagem é importante porque constitui a base para a escolha das intervenções e dos resultados. Estudos de precisão estão descritos no Apêndice de Lunney (2001), tendo sido apresentados na Conferência da Aliança NNN de 2006 (Crossetti e Saurin, 2006; Hasegawa et al., 2006).

Estudos dos diagnósticos de enfermagem são extremamente necessários para a manutenção e o aperfeiçoamento da base de evidências da Taxonomia da NANDA International.

O Comitê de Pesquisas deseja muito oferecer auxílio a todos aqueles que se propõem a realizar algum estudo. Faça contato com margell@si.ff.com ou com Lunney@mail.csi.cuny.edu.

REFERÊNCIAS

- Avant, K.C. (1990). The art and science in nursing diagnosis development. *Nursing Diagnosis*, 1(2), 5 1-56.
- Bartek, J.K., Lindeman, M., & Hawks, J.H. (1999). Clinical validation of characteristics of the alcoholic family. *Nursing Diagnosis: The Journal of Nursing Language and Classification*, 10, 158-168.
- Carison, J.M. (2006a) - Consensus validation process: A standardized research method to identify and link their relevant NANDA, NIC, and NOC tenus for local populations [Abstract]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(1), 23-24.
- Carison, J.M. (2006b). Professional nursing latent tuberculosis infection standards of practice development using NANDA, NIC and NOC [Abstract] - *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(1), 62.

RESUMO

- Carison-Catalano, J., & Lunney, M. (1995). Quantitative methods for clinical validation of nursing diagnoses. *Clinical Nurse Specialist: The Journal of Advanced Nursing Practice*, 9, 306-311.
- Carison-Catalano, J., Lunney, M., Paradiso, C., Bruno, J., Luise, B.K., Martin, I., Massoni, M., & Pachter, S. (1998). Clinical validation of ineffective breathing pattern, ineffective airway clearance and impaired gas exchange. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 243-248.
- Crossetti, M.G.O., & Saurin, G. (2006). Critical thinking and nursing diagnosis accuracy in a university hospital [Abstract]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 29-30.

- Dochterman, J. (2006). Effectiveness research: Three examples [Abstracts]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(1), 85-87.
- Fehring, R.J. (1986). Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In E. Hurley (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference* (pp. 183-190). St. Louis, MO: NANDA.
- Grant, J.S., Kinney, M., & Guzzetta, C.E. (1990). Using magnitude estimation scaling to examine the validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 1(2), 64-69.
- Hasegawa, T., Ogaswara, C., Tachibana, S., Hayakawa, M., Ooguchi, E., Ohkita, M., Yonezawa, H., & Tanabe, M. (2006). Validity of written case studies as a tool to measure nurses' ability for making nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 36-37.
- Kim, M.J., Amoroso-Seritelia, R., Gulanick, M., Moyer, K., Parsons, E., Scherbel, J., Staffors, M.J., Suhayda, R., & Yocom, C. (1984). Clinical validation of cardiovascular nursing diagnoses. In M.J. Kim, G.K. McFarland, & A.M. McLane (Eds.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference* (pp. 128-138). St. Louis: Mosby.
- Lamont, S.C. (2006). Supportive role performance: Development of a new wellness diagnosis [Abstract]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(1), 40-41.
- Lunney, M. (2001). *Critical thinking and nursing diagnosis: Case studies and analyses*. Philadelphia: NANDA.
- Minthorn, C.N. (2006). Meeting magnet research criteria with studies of NANDA, NJC and NOC [Abstract]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(1), 46-47.
- Parker, L., & Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis: The Journal of Nursing Language and Classification*, 9, 144-150.
- Sparks, S.M., & Lien-Gieschen, T. (1994). Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis*, 5(1), 31-35. Walkcr, L.O., & Avant, K.C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Waltz, C.F., Strickland, CL., & Lenz, E.R. (2005). *Measurement in nursing and health sciences research* (3rd ed.). New York: Springer.
- Welton, J.M., & Halloran, E.J. (2005). Nursing diagnosis, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35, 541-549.
- Westmoreland, D., Wesorick, B., Hanson, D., & Wyngarden, L. (2000). Consensus validation of clinical model practice guidelines. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 16-27.
- Whitley, G.G. (1992). Concept analysis of fear. *Nursing Diagnosis*, 3, 155-161.
- Whitley, G.G. (1999). Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 10(1), 5-14.
- Maas, ML., Hardy, M.A., & Craft, M. (1990). Methodologic considerations in nursing diagnosis research. *Nursing Diagnosis*, 1(1), 24-30.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO

Dickon Weir-Hughes, EdD, RN, FRSN

Desde que se iniciou o movimento pelos diagnósticos de enfermagem, na década de 1970, alguns dos mais reconhecidos estudiosos da enfermagem foram atraídos para apoiar esse trabalho. Muitos desses ativistas são representantes do mundo acadêmico com foco em clínica, pesquisa-dores e educadores; alguns também são especialistas clínicos. Chama a atenção, porém, o fato de que enfermeiros/diretores de enfermagem importantes, administradores ou gerentes são, em geral, menos ativos nessa área importante de desenvolvimento da enfermagem. Isto é intrigante, uma vez que o diagnóstico de enfermagem é fundamental para a provisão de um cuidado de enfermagem altamente qualificado, e seus benefícios são tão abundantes que seria óbvio que mesmo o líder de enfermagem mais ocupado priorizasse o desenvolvimento e a implementação dos diagnósticos. Em uma época em que contenção de custos e prática baseada em evidências constituem objetivos centrais de líderes em enfermagem, a classificação, o esclarecimento e a documentação dos fenômenos, alvo da preocupação de profissionais, são essenciais.

POR QUE IMPLEMENTAR OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UM AMBIENTE CLÍNICO?

A implementação de diagnósticos de enfermagem traz vários benefícios aos cuidados do paciente — planejamento melhorado e mais coerente; melhor comunicação entre en-

fermeiros, entre enfermeiros e médicos e entre enfermeiros e pacientes; e um melhor reconhecimento dos fenômenos que os enfermeiros consideram desafiadores para investigar e descrever, como as questões psicológicas, espirituais e sexuais. Do ponto de vista das organizações, os diagnósticos de enfermagem ajudam a melhorar o controle clínico e o gerenciamento de riscos e demonstram com clareza um compromisso para unir a teoria, a educação e a prática clínica da enfermagem — em outras palavras, a enfermagem baseada em evidências. Muito importante é o fato de os diagnósticos ainda possibilitarem que líderes e pesquisadores em enfermagem avaliem a prática em todas as organizações de forma consistente e provocadora de questionamentos.

Muitos estudos, inclusive os de Halloran e Kiley (1987), publicados em vários periódicos revisados por colegas entre 1985 e 1987, examinam a idéia do uso de grupos de diagnósticos relacionados (GDR5) e sistemas afins que vinculam pagamentos a procedimentos ou a condições médicas, em vez da real dependência do paciente. Halloran e Kiley examinaram 1.288 pacientes adultos médicos e cirúrgicos em um hospital-escola urbano nos Estados Unidos. A complexidade dos tratamentos médicos foi mensurada pelos custos relativos dos GDRs. O indicador de enfermagem derivou-se de um conjunto de diagnósticos de enfermagem. Os achados evidenciaram que o custo do GDR é um previsor insatisfatório de dependência (e, consequentemente, dos custos do atendimento) e que o índice de dependência da enfermagem, com base em uma série de 61 diagnósticos de enfermagem, acrescentou muito ao peso do GDR quando da explicação do tempo de permanência e de outras questões. Considerando-se que o recurso da enfermagem é uma das áreas mais importantes de gastos em qualquer organização de cuidados de saúde e que as organizações costumam confiar na quantidade de enfermeiros que têm à disposição para aceitar mais trabalho, trata-se de um achado importante. O estudo de Halloran e Kiley e outro realizado por Frank e Lave (1985) indicam que, para haver custo-benefício em relação

ao tempo de permanência, é fundamental a inclusão de um fator de dependência da enfermagem, com base em diagnósticos de enfermagem em futuros planejamentos. Está bastante claro que, 20 anos mais tarde, líderes de enfermagem ainda não levaram

adiante o uso dos diagnósticos de enfermagem nas formas recomendadas por esses importantes trabalhos.

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: INTEGRAÇÃO DA TEORIA À PRÁTICA

As pesquisas de enfermagem e as oportunidades de resultados que surgem como consequência do uso dos diagnósticos de enfermagem são fenomenais e sem precedentes. Há quase 150 anos, Florence Nightingale (1863) comentou a escassez de dados comparativos de resultados sobre as intervenções de enfermagem. “Em uma tentativa de chegar à verdade, solicitei informações em todos os lugares; em apenas um único caso consegui obter registros hospitalares adequados a qualquer finalidade de comparação. Eles mostrariam aos assinantes como seu dinheiro estava sendo gasto, todo o bem que era feito com esse dinheiro. Eles possibilitariam o reconhecimento da influência hospitalar no andamento das operações e doenças em suas alas, e a verdade assim reconhecida possibilitaria que poupássemos vidas e sofrimento e que melhorássemos o contrble dos doentes” (p. 175-176).

Ainda que em vários lugares tenham sido realizados movimentos importantes, preocupa o fato de que, 150 anos depois, muitas organizações de enfermagem, em hospitais ou em comunidades, ainda fracassam em avaliar sua prática dc forma consistente. Dados sobre diagnósticos de enfermagem, coletados de áreas clínicas, permitem que enfermeiros avaliem sua prática clínica individual e integrem explicitamente teoria e prática. Da mesma forma, os dados permitem que líderes de enfermagem e pesquisadores avaliem, auditem e estabeleçam prioridades de prática, de forma organizacional, realizando estudos de prevalência. Essas informações podem ajudar a definir o conteúdo da formação dentro da instituições, bem como o que é oferecido como educação nas universidades.

A ENFERMAGEM EM UMA ÉPOCA DE REGISTROS ELETRÔNICOS DO PACIENTE

A essência da enfermagem é a relação profissional terapêutica entre o enfermeiro e o paciente. Ainda que um sistema informatizado possa parecer frio e formal, não há motivo para que um sistema de registros eletrônicos do paciente faça mais do que intensificar o papel clínico do enfermeiro, poupando tempo e aperfeiçoando a documentação. Em sistemas desse tipo, há, porém, uma tendência de reduzir a enfermagem a uma lista automática de tarefas geradas por protocolos de cuidado padronizados. Essa abordagem reducionista da enfermagem profissional não é clinicamente segura nem comercialmente competente, uma vez que ignora as necessidades de cada paciente. Investigar, atender e avaliar tais necessidades individuais é fundamental para o cuidado seguro do paciente e o oferecimento de níveis onipresentes de satisfação do paciente no setor de saúde cada vez mais voltado para o consumo em que atuam os enfermeiros.

E bastante reconhecido o fato de que a implementação de qualquer sistema informatizado de saúde oferece a oportunidade de revisão e aperfeiçoamento da prática clínica. Infelizmente, reconhece-se também que algumas implementações de sistemas trouxeram consequências negativas à prática da enfermagem e, por extensão, ao atendimento do paciente. Essas consequências estão claras de várias formas. Do ponto de vista clínico, sistemas planejados insatisfatoriamente e conduzidos de forma pouco profissional reduziram a enfermagem a uma lista de tarefas gerada por protocolos clínicos de cuidado que ignora as necessidades individuais, servindo apenas como um retrocesso no desenvolvimento de cuidados focalizados no paciente. Constatou-se que

esse tipo de implementação fez surgir uma prática de enfermagem sem segurança e carente de raciocínio, criadora de uma questão importante de comando clínico.

Sob a perspectiva da liderança, sistemas que mudam radicalmente a prática da enfermagem da noite para o dia geram imensos problemas ao corpo clínico, que não apenas tem de se acostumar a um novo sistema de informações, mas a vários conceitos novos relativos à documentação e ao planejamento dos cuidados, como o uso da linguagem de enfermagem padronizada. Contudo, quando bem-controlada e conduzida de forma profissional, a união dos diagnósticos de enfermagem e dos registros eletrônicos do paciente apresenta vários benefícios. Sistemas que oferecem apoio funcional aos diagnósticos de enfermagem possibilitam aos enfermeiros o planejamento dos cuidados, utilizando a enfermagem padronizada e baseada em evidências. Trata-se de algo fundamental à reputação do fabricante do sistema e essencial à credibilidade e à condição legal das organizações de cuidados de saúde. Sob a perspectiva da pesquisa e das auditorias, o uso do registro eletrônico dé dados do paciente baseado nos diagnósticos de enfermagem significa que dados comparativos sobre diagnósticos de enfermagem, predominância, incidência e vínculos com as intervenções e os resultados podem ser recuperados de forma rápida e fácil. Essas informações podem ser usadas para notificar a estratégia de enfermagem de uma organização, o planejamento da força de trabalho, o planejamento de currículos e o estabelecimento de prioridades de formação no local de atuação.

CONDUÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA

O principal desafio dos diagnósticos de enfermagem para líderes de enfermagem é sua implementação na prática clínica diária. Essa implementação varia em cada parte do mundo e em cada sistema de saúde. Para ser bem-sucedida, porém, requer liderança de enfermagem especializada e altamente qualificada; de maneira ideal, em um nível de “equipe superior”, em um comitê ou organização. Uma ampla gama

de habilidades de liderança é necessária para o sucesso de uma implementação — níveis elevados de capacidade técnica, habilidades para influenciar e delegar, raciocínio crítico, trabalho em rede e acompanhamento. E fundamental que lideranças em enfermagem entendam completamente o uso e o desenvolvimento do diagnóstico e consigam inspirar, instilar entusiasmo, resolver conflitos e responder às indagações dos profissionais de enfermagem, evidenciando uma compreensão profunda dos desafios. Como elementos de sus-tentação ao futuro da enfermagem, é essencial o envolvimento dos enfermeiros em todos os níveis nessa importante tarefa.

A quantidade de atenção dada aos diagnósticos em programas de graduação em enfermagem varia muito no mundo inteiro. Em termos de formação na prática clínica e apoio à implementação, os enfermeiros costumam precisar de preparo e/ou atualização em raciocínio crítico e uso dos diagnósticos de enfermagem e dos recursos associados de coleta de dados. Normalmente, esse ensino pode ocorrer em um programa intensivo de um ou dois dias, com acompanhamento de apoio nas áreas clínicas de preceptores com tal conhecimento. Os enfermeiros precisam também de manuais de diagnósticos de enfermagem beseados em literatura de evidências clínicas, que possam carregar consigo em todos os momentos. Em muitos ambientes, os diagnósticos de enfermagem são utilizados em registros eletrônicos do paciente, e, assim, o treinamento no local de trabalho será uma necessidade. E importante entender que ensinar sobre diagnósticos de enfermagem e raciocínio crítico deve ser tarefa de enfermeiros, e não de tecnologia de informação, para que o foco esteja na enfermagem. Formas sugeridas de envolver

apoadores e de aumentar a percepção incluem a inserção de diagnósticos de enfermagem em todos os programas regulares de ensino, estimulando a participação em conferências internacionais sobre diagnósticos, organizando discussões de casos clínicos e iniciando grupos para debates de artigos de periódicos sobre o tema (*Journal Club*).

CONCLUSÃO

O uso de diagnósticos é essencial para o futuro do cuidado de enfermagem profissional e baseado em evidências. Assim, precisa tornar-se prioridade para todas as lideranças de enfermagem na administração e no gerenciamento, a fim de conferir visibilidade à prática da enfermagem, algo vital para o futuro da profissão, possibilitando um atendimento mais eficiente das necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Frank, R., & Lave, J. (1985). The psychiatric DRGs: Are they different? *Medical Cure*, 23, 1148-1155.
- Halioran, E., & Kiley, M. (1987). Nursing dependency, diagnosisrelated groups, and length of stay. *Health Care Financing Review*, 8(3), 27-36.
- Nightingale, E (1863). *Notes on hospitals*. London: Longman, Roberts, Green.

DIRETRIZES PARA SUBMISSÃO DE DIAGNÓSTICOS DA NANDA INTERNATIONAL PROTOCOLO PARA ENVIO OU REVISÃO DE DIAGNÓSTICOS

Os diagnósticos propostos e as revisões de diagnósticos passam por uma revisão sistemática para determinar sua coerência com os critérios estabelecidos para um diagnóstico de enfermagem. Todo o material enviado é avaliado segundo etapas de desenvolvimento preestabelecidas, de acordo com as evidências que sustentam tanto o nível de desenvolvimento quanto sua validação.

Os diagnósticos podem ser submetidos em vários níveis de desenvolvimento (p. ex., título e definição; título, definição, características definidoras ou fatores de risco e fatores relacionados). Qualquer submissão deve incluir a literatura de apoio. Deve-se indicar quando não houver literatura de enfermagem disponível. Pesquisas relacionadas, com origem em outras disciplinas, também devem ser incluídas.

Artigos utilizados para a submissão devem ser catalogados na parte das referências do formulário para submissão.

As *Diretrizes para Submissão de Diagnósticos da NANDA International* estão disponíveis no site da NANDA Internadonal (www.nanda.org) e no site do NLINKS (www.nlinks.org; clicar em “diagnostic review”). Os diagnósticos podem ser enviados por meio eletrônico, através de formulário no site da NANDA International ou como anexo de e-mui? para info@nanda.org, utilizando o formato oferecido no site da NANDA International.

366 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

Assim que recebido, o diagnóstico será encaminhado a um revisor primário do Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos (*Diagnosis Development Committee* — DDC). Essa pessoa vai trabalhar com você à medida que o DDC revisa seu material. A essa altura, o material enviado também estará identificado no site da NANDA International como uma submissão em revisão.

PROCESSO COMPLETO DE ANÁLISE

Os novos diagnósticos passam por um *processo completo de revisão*, com as seguintes etapas:

1. Envio ao *site* da NANDA International
2. Revisão do material submetido pelo revisor primário
3. O revisor primário trabalha com a pessoa que enviou o material para tratar das mudanças que precisam ser feitas
4. O material é encaminhado ao DDC para revisão
5. O DDC faz uma das seguintes recomendações:
 - a) Aprovação sem recomendações
 - b) Aprovação pendente com recomendações (a decisão mais frequente do DDC)
 - c) Desaprovação
6. O revisor primário encaminha as recomendações do DDC à pessoa que submeteu o material e com ela trabalha para realizar as mudanças indicadas
7. As submissões aprovadas pelo DDC são apresentadas e discutidas na conferência bienal para solicitar *input* de membros convidados. As recomendações dos fóruns são revisadas com quem enviou o material e pelo DDC
8. A submissão é, em seguida, encaminhada ao Conselho de Diretores da NANDA International para aprovação final. Os diagnósticos aceitos no nível

de desenvolvimento 2.1 serão incorporados à Taxonomia da NANDA International e à Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem, além de publicados na próxima edição dos *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*.

- Para submeter um novo diagnóstico à análise do DDC, deve-se fazer o seguinte:
1. Ter em mãos a edição mais recente de *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* e revisar os diagnósticos relacionados neste livro. Consultar as diretrizes de submissão de diagnósticos no *site* da NANDA International (www.nanda.org) e no *site* do NLINKS (www.nlinks.org; clicar em “diagnostic review”). Seguir as normas atualizadas, caso tenham sido alteradas desde a publicação da edição mais recente do livro.
 2. Entrar em contato com Leann Scroggins (scroggins.leann@mayo.edu), presidente do Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos, para obter informações mais específicas sobre instruções, normas referentes ao formato, critérios para estabelecer o nível de evidência e protocolo para submissão.
 3. Ler novamente o “Glossário” na edição mais recente de *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*.
 4. Determinar se seu diagnóstico é real, de risco, de bem-estar ou de promoção da saúde.
 5. Dar um título para o diagnóstico.
 6. Preparar uma definição para o diagnóstico que seja fundamentada pela literatura. Identificar a bibliografia.

PROCESSO DE SUBMISSÃO DE NOVOS DIAGNÓSTICOS

7. Identificar as características definidoras ou os fatores de risco do diagnóstico. Diagnósticos reais, de bem-estar e de promoção da saúde possuem características definidoras; os de risco têm fatores de risco. Para facilitar a codificação, cada característica definidora e fator de risco precisa ter um só conceito, em vez de múltiplos conceitos. Por exemplo, em vez de escrever “náusea e vômito” como uma só característica definidora ou fator de risco, cada um precisa ser arrolado em separado. Há necessidade de bibliografia (artigos, não livros) que apóie cada característica definidora ou fator de risco, com a identificação desse material. A bibliografia deve ser baseada em

- pesquisas, quando possível. Indicar no formulário de submissão a inexistência de material de consulta baseado em pesquisas.
8. Identificar fatores relacionados para diagnósticos reais. Para facilitar a codificação, os fatores relacionados precisam ser conceitos unitários, e não múltiplos. Diagnósticos de risco, de bem-estar e de promoção da saúde não possuem fatores relacionados. Há necessidade de menção do material consultado para cada fator relacionado, com identificação.
9. Desenvolver uma bibliografia que inclua todos os artigos consultados. Numerar o material de consulta e anexá-lo ao(s) componente(s) da submissão que a bibliografia apóia. Além disso, identificar, em letras maiúsculas ou mediante colocação de asterisco, os três materiais mais importantes de consulta que desejar incluir na próxima edição de *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* caso sua submissão seja aceita.
10. Enviar exemplos de intervenções de enfermagem (podem ser intervenções da NIC ou outras) e de ;1

resultados de enfermagem (podem ser da NOC ou outros) adequados ao diagnóstico.

11. Utilizar o processo eletrônico de envio disponibilizado no *site* da NANDA International ou enviar por e-mail para info@nanda.org.

12. Você será notificado quando seu trabalho for recebido, e informaremos uma estimativa do tempo necessário para o recebimento de uma resposta do DDC. A maioria das submissões precisa de desenvolvimento adicional. Um conselheiro do DDC irá ajudá-lo durante o processo.

PROCESSO DE REVISÃO DE DIAGNÓSTICOS

Para submeter material a uma revisão, em caso de diagnóstico em uso, seguir estas etapas para que o DDC faça a análise:

1. Obter a edição mais recente de *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* e revisar os diagnósticos relacionados. Consultar as Diretrizes para Submissão de Diagnósticos da NANDA International, no *site* da NANDA International (www.nanda.org) e no *site* do NLINKS (wwwnlinks.org; clicar em “diagnostic review”). Seguir as normas atualizadas, caso tinhham sido alteradas desde a publicação da edição mais recente do livro.
2. Entrar em contato com Leann Scroggins (scroggins.leann@mayo.edu), presidente do DDC, em busca de informações mais específicas sobre instruções, normas referentes ao formato, critérios para estabelecer o nível de evidência e protocolo para submissão.
3. Ler novamente o “Glossário” na edição mais recente de *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*.
4. Identificar se o título do diagnóstico necessita de revisão.
5. Analisar a definição do diagnóstico para determinar a necessidade ou não de revisão; revisar de forma adequada. A revisão deve ter o apoio de literatura consultada, sendo esta identificada.
6. Revisar as características definidoras ou os fatores de risco do diagnóstico. Diagnósticos reais, de bem-estar e de promoção da saúde possuem características definidoras; os de risco têm fatores de risco. Para facilitar a codificação, cada característica definidora e fator de risco deve ter um só conceito, em vez de múltiplos conceitos. Por exemplo, em vez de escrever “náusea e vômito” como uma só característica definidora ou fator de risco, cada um precisa ser arrolado separadamente. Identificar as mudanças apropriadas nas características definidoras ou nos fatores de

risco e fundamentá-las com a literatura. É necessário material de fundamentação (artigos, não livros) para cada característica definidora ou fator de risco, devendo-se identificá-lo. O material de apoio precisa ser baseado em pesquisas, quando possível. Não existindo esse material ou bibliografia de enfermagem, indicar isso na submissão.

7. Revisar os fatores relacionados em um diagnóstico real. Para facilitar a codificação, eles devem conter um só conceito, em vez de vários. Diagnósticos de risco, de bem-estar e de promoção da saúde não possuem fatores relacionados. Há necessidade de bibliografia para cada fator relacionado, com identificação.

8. Desenvolver uma bibliografia que inclua todos os artigos consultados. Numerar o material de consulta e anexá-lo ao(s) componente(s) da submissão que a bibliografia apóia. Além disso, identificar, em letras maiúsculas ou mediante colocação

de asterisco, as três principais bibliografias que deseja incluir na edição de *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* caso o material enviado seja aceito.

9. Se a revisão modificar a intenção original do diagnóstico, oferecer exemplos de intervenções de enfermagem (podem ser da NIC ou outras) e de resultados (podem ser da NOC ou outros) apropriados para o diagnóstico.

10. Utilizar o processo de envio eletrônico disponibilizado no *site* da NANDA International ou enviar por *e-mui!* para *info@nanda.org*.

11. Você será notificado quando o trabalho for recebido, e informaremos uma estimativa do tempo necessário para o recebimento de uma resposta do DDC. Os diagnósticos revisados poderão passar por um processo de análise completo ou por um processo de análise mais rápido, dependendo da extensão das revisões propostas. O DDC tomará essa decisão, confirmado o processo necessário. A maior parte das revisões necessita de trabalho adicional para aperfeiçoamento. Um conselheiro do DDC irá ajudá-lo durante o processo.

PROCESSO RÁPIQO DE REVISÃO

Um processo rápido de revisão (*expedited review process — ERP*) é adequado para a proposta de revisões de diagnósticos em uso. O ERP é um processo com prazos de tempo mais breves, que visa a facilitar a análise das revisões propostas dos diagnósticos, quando estas são entendidas pelo DDC como menores em sua natureza, não alterando a intenção original do diagnóstico. Exemplos dessas análises podem incluir:

Edição e esclarecimento de uma definição

Acréscimo limitado de características definidoras ou de fatores relacionados

Um ERP inclui as seguintes etapas:

1. Envio ao *site* da NANDA International
2. Revisão do material submetido pelo revisor primário
3. O revisor primário trabalha com a pessoa que enviou o material para resolver a questão das mudanças necessárias
4. O material é encaminhado ao DDC para revisão
5. O DDC faz uma das seguintes recomendações:
 - a) Aprovação sem recomendações
 - b) Aprovação pendente de acompanhamento, com recomendações (a decisão mais frequente do DDC)
 - c) Desaprovação
6. O revisor primário encaminha as recomendações do DDC ao autor do material e com ele trabalha para realizar as mudanças indicadas
7. As submissões aprovadas pelo DDC são encaminhadas ao Conselho de Diretores da

NÂNTA Internadonal para aprovação. Essa aprovação é disponibilizada no site da NANDA Internatjonal,

SUBMISSÃO DE DIAGNÓSTICOS DA NANDA: CRITÉRIOS DE NÍVEL DE EVIDÊNCIA

1. Recebido para Desenvolvimento (Consulta ao DDC)

1.1 Apenas Título

Este nível tem como objetivo principal a submissão feita por grupos organizados, não indivíduos. O DDC consultará a pessoa que enviou o material e dará informações relativas ao desenvolvimento do diagnóstico por meio da distribuição de normas impressas e oficinas. Nessa etapa, o título é categorizado como “recebido para desenvolvimento”, sendo identificado como tal no *site* da NANDA International e em *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*.

1.2 Título e Definição

O título está claro e enunciado em um nível básico. A definição é coerente com o título. O título e a definição são diferentes de outros diagnósticos e definições da NANDA International. A definição é diferente das características definidoras e do título, e estes componentes não estão incluídos na definição. Nessa etapa, o diagnóstico deve ser coerente com a definição atual de diagnóstico de enfermagem da NANDA International (p. 377). A definição é apoiada pelas referências bibliográficas identificadas.

1.3 Título, Definição e Características Definidoras ou Fatores de Risco

As características definidoras ou os fatores de risco (para diagnósticos de risco) são coerentes com o título. As características definidoras ou os fatores de risco são diferentes, observáveis e mensuráveis. Cada característica definidora ou fator de risco contém um só conceito, em vez de uma lista de múltiplos conceitos, e cada um tem o apoio de bibliografia, sendo esta identificada. O conteúdo é coerente com todas as definições e qualificadores da NANDA Inrernational.

2. Aceito para Publicação e Inclusão na Taxonomia da NANDA International e na Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem 21 Título, Definição, Características Definidoras ou Fatores de Risco, Fatores Relacionados e Referências

Em 2.1, o material consultado é citado para a definição, para cada característica definidora ou fator de risco e para cada fator relacionado. Além disso, recomenda-se que a pessoa que envia o material ofereça exemplos de intervenções de enfermagem (NIC ou outras) e de resultados (NOC ou outros). O título será encaminhado ao Comitê de Taxonomia para a classificação.

2.2 Análise do Conceito

Os critérios de 2.1 são atendidos. Além disso, uma anúuse da literatura relevante em formato narrativo, culminando com uma análise escrita do conceito, é necessária para demonstrar a existência de um corpo de conhecimentos respeitado apoiando o diagnóstico. A revisão bibliográfica do conceito apóia o título e a definição e inclui discussão e suporte das características definidoras ou dos fatores de risco (no caso dos diagnósticos de risco) e dos fatores relacionados (para os diagnósticos reais).

2.3 Estudos de Consenso Relacionados ao

Diagnóstico Utilizando Enfermeiros Especialistas

Os critérios de 2.2 são atendidos. Os estudos incluem os que solicitam opinião especializada, Delphi e estudos similares dos componentes do diagnóstico nos quais enfermeiros são os sujeitos.

3. Clinicamente Sustentados (Validação e Teste)

3.1 Síntese da Literatura

Os critérios de 2.2 são atendidos. A síntese deve ser feita na forma de revisão integrada da literatura. Termos de busca/MESH usados na revisão são oferecidos em auxílio a futuros pesquisadores.

3.2 Estudos Clínicos Relacionados ao Diagnóstico, Mas que Não Podem Ser Generalizados para a População

Os critérios de 2.2 são atendidos. A narrativa inclui uma descrição de estudos relacionados ao diagnóstico, contendo características definidoras ou fatores de risco e fatores relacionados. Os estudos podem ser qualitativos ou quantitativos, utilizando amostras não-randômicas, nas quais os sujeitos são os pacientes.

Se um diagnóstico/revisão for analisado pelo DDC e retornar ao(s) autor(es) para ser revisado ou por ter sido considerado fora dos critérios para a formulação de um diagnóstico, o(s) autor(es) poderá(ão) recorrer da decisão.

Caso o DDC não aceite o diagnóstico/revisão, uma notificação de não-aceitação será enviada a quem submeteu o material, acompanhada de uma justificativa detalhada. Uma ou mais das seguintes razões serão explicadas:

Diagnóstico rejeitado (p. ex., não atende aos critérios da definição de um diagnóstico de enfermagem ou não atende aos critérios de nível de evidência)

Retomo com revisões significativas (p. ex., necessita de mudanças importantes no conteúdo)

Supporte teórico insuficiente/antigo (p. ex., não fez referência a metanálises, artigos conceituais, pesquisas atuais, ou falta referência a artigos de pesquisas)

3.3 Estudos Clínicos Bem-planejados, com Amostras Pequenas

Os critérios de 2.2 são atendidos. A narrativa inclui uma descrição de estudos relacionados ao diagnóstico, contendo características definidoras ou fatores de risco e fatores relacionados. A amostragem randômica é utilizada nesses estudos, e o tamanho da amostra é limitado.

3.4 Estudos Clínicos Bem-planejados, com Amostra Randômica de Tamanho Suficiente para Permitir a Generalização para Toda a População

Os critérios de 2.2 são atendidos. A narrativa inclui uma descrição de estudos relacionados ao diagnóstico, contendo características definidoras ou fatores de risco e fatores relacionados. A amostragem randômica é utilizada nesses estudos; o tamanho da amostra é suficiente para permitir a generalização dos resultados para toda a população.

PROCEDIMENTOS PARA RECORRER DA DECISÃO DO DDC SOBRE A REVISÃO DO DIAGNÓSTICO

Retorno com mudanças editoriais (p. ex., é solicitada ao autor uma resposta à justificativa do DDC e/ou uma revisão para submissão)

Se o(s) autor(es) optar(em) por recorrer da decisão do DDC, o diagnóstico/revisão proposto será incluído no *site* da NANDA International (www.nanda.org) e publicado no periódico. Estabelece-se um período de 90 dias para os membros apresentarem evidências que apóiem, modifiquem ou rejeitem o diagnóstico/revisão. Após esse período, o DDC revisará as manifestações remetidas e enviará ao(s) autor(es) uma segunda decisão.

Caso o DDC não aceite o diagnóstico/revisão após uma segunda análise, o(s) autor(es) terá(ão) a oportunidade de apresentar, na conferência bienal, seu diagnóstico/revisão e uma justificativa de desacordo em relação à decisão do DDC. A apresentação ocorrerá em uma sessão aberta, demandando argumentos baseados em evidências, feitos pelo(s) autor(es) da proposta, além dos argumentos do DDC a respeito da decisão. Os participantes da conferência também terão a oportunidade de apresentar argumentos baseados em evidências, apoiando, modificando ou rejeitando o diagnóstico/revisão.

Após a sessão aberta, o DDC revisará todas as informações e enviará uma decisão ao(s) autor(es) e ao Conselho de Diretores.

O Conselho de Diretores da NANDA International terá uma oportunidade de apresentar argumentos baseados em evidências, apoiando, modificando ou rejeitando a submissão, em dois momentos:

1. Durante o fórum aberto na conferência bienal.
2. Após a conferência, o Conselho de Diretores apresentará uma revisão final da recomendação do DDC para ser aprovada. Uma decisão desse conselho de modificar ou rejeitar a recomendação do DDC deve basear-se em evidências e no mesmo nível ou superior à evidência apresentada pelo autor e/ou pelo DDC.

GLOSSÁRIO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de enfermagem: julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (aprovado na 9a Conferência, 1990).

Diagnóstico de enfermagem real: descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. É sustentado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados.

Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde: julgamento clínico da motivação e do desejo de uma pessoa, família ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde, como a alimentação e o exercício. Diagnósticos de promoção da saúde podem ser utilizados em qualquer condição de saúde, não necessitando de níveis de bem-estar atuais. Essa disposição é sustentada por características definidoras. As intervenções são escolhidas junto com o indivíduo/família/comunidade, para melhor assegurar a capacidade de alcance dos resultados enunciados.

Diagnóstico de enfermagem de risco: descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade

vulnerável. E sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade.

Diagnóstico de enfermagem de bem-estar: descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em indivíduo, família ou comunidade com disposição para aumento ou melhora. Essa disposição tem o apoio das características definidoras. Tal como com todos os diagnósticos, resultados reagentes à enfermagem (sensíveis a suas intervenções) são identificados, sendo escolhidas intervenções que propiciarão uma grande probabilidade de alcance dos resultados.

Síndrome: “Um conjunto ou grupo de sinais e sintomas que quase sempre ocorrem juntos. Juntos, esses grupos representam um quadro clínico distinto” (McCourt, 1991, p. 79).

COMPONENTES DE UM DIAGNÓSTICO

Título: estabelece um nome para o diagnóstico. É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indícios relacionados- Pode incluir modificadores.

Definição: oferece uma descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

Características definidoras: indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar.

Fatores de risco: fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento insalubre.

Fatores relacionados: fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores. Apenas diagnósticos de enfermagem reais possuem fatores relacionados.

DEFINIÇÕES PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Classificação: organização sistemática de fenômenos relacionados em grupos ou classes, com base em características que os objetos têm em comum.

Nível de abstração: descreve a concretude/abstração de um conceito:

a) Conceitos muito abstratos são teóricos, podendo não ser mensuráveis diretamente, definidos por conceitos concretos, incluindo conceitos concretos, dissociados de qualquer instância específica, independentes de tempo e espaço, tendo descriptores mais gerais e não sendo clinicamente úteis para planejar um tratamento.

b) Conceitos concretos são observáveis e mensuráveis, limitados por tempo e espaço; constituem uma categoria específica mais exclusiva, nomeiam uma coisa ou classe de

coisas reais, sendo limitados a uma natureza e podendo ser clinicamente úteis ao planejamento do tratamento.

Nomenclatura: um sistema de designações (termos) elaborado de acordo com regras preestabelecidas (American Nurses Association, 1999).

Taxonomia: classificação segundo relações naturais presumidas entre tipos e subtipos (American Nurses Association, 1999).

REFERÊNCIAS

Anierican Nurses Association. (1999). *ANA CNP II recognition criteria and definitions*. Washington, DC: Author.

McCourt, A. (1991). In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the ninth conference* (p. 79). Philadelphia: Lippincott.

2007-2008

CONSELHO DE DIRETORES DA NANDA INTERNATIONAL

Presidente: 1 Heather Herdman, PhD, RN

Presidente Eleita: Dickon Weir-Hughes, EdD, RN, FRSN

Tesoureira: Anne Perryç EID, RN, FAAN

Diretores: Jane Brokel, PhD, RN

Dame June Clark, PhD, RN, RH FRNC, DBE

Leann Scroggins, MS, RN, CRRN-A, APRN BC

Gunn Von Krogh, RN

COMITÊ DE DESENVOLVIMENTO DE DIAGNÓSTICOS DA NANDA INTERNATIONAL

Leann Scroggins, MS, RN, CRRN-A, APRN BC (*presidente*)

Lynda Juall Carpenito-Moyet, MSN, RN, CPNP

Crystal Heath, MSN, RN

Dorothy Jones, EdD, RN, FAAN

Shigemi Kamatsura, PhD, RN

Marlene Lindeman, MSN, RN, CS

Sara Lister, MSc, RN, PGDAE

Margaret Lunney, PhD, RN, FAAN

Meridean Maas, PhD, RN, FMN

Geralyn Meyer, PhD, RN

Lina Rahal, MM, RN

COMITÊ DE TAXONOMIA

DA NANDA INTERNATIONAL

Barbara Vassallo, MD, RN, CS, ANPC (*presidente*)

Sally Decker, PhD, RN

Carne Espinosa, RN

J. Adolf Guirao Goris, RN

Marion Johnson, PhD, RN

Mikyoung Lee, PhD, RN

Carol Soares O’Hearn, PhD, RN, CPRQ
Elizabeth Rose, PIID, RN

CONVITE PARA JUNTAR-SE À NANDA INTERNATIONAL

MISSÃO

Evoluir no desenvolvimento de terminologias e classificações de enfermagem e fornecer a enfermeiros de todos os níveis de prática uma linguagem padronizada para: Investigar as respostas de clientes a problemas de saúde reais ou potenciais ou a crises existenciais. Documentar o cuidado para o reembolso de serviços de enfermagem por seguradoras terceirizadas. Criar e usar bases de dados que facilitem a documentação e o estudo de fenômenos que preocupam enfermeiros, a fim de melhorar o cuidado do paciente

FUNÇÕES

Disponibilizar aos enfermeiros uma linguagem padronizada que descreva sua prática e que possa ser utilizada na comunicação entre enfermeiros de toda as culturas e espctahdades, membros de outras áreas e consumidores do cuidado de saúde.

- 1 e 2 Oferecer um sistema de desenvolvimento, validação e aperfeiçoamento de terminologias e classificações de enfermagem.
3. Publicar um periódico trimestral que contenha as mais recentes novidades sobre terminologias e classificações de enfermagem em todo o mundo.
4. Fornecer apoio, comunicação e recursos por meio de conferências, ,publicações, financiamentos e trabalho em rede. E oferecida orientação a enfermeiros interessados em desenvolver novos diagnósticos e aperfeiçoar os já existentes.

REQUISITOS PARA TORNAR-SE MEMBRO

A participação como membro está aberta a todos os enfermeiros registrados com licença atual para exercício, sendo estendida a enfermeiros não-registrados e a estudantes que compartilhem um interesse no objetivo da associação. A participação como instituição é oferecida àquelas associações e organizações que acreditam no apoio à missão da NANDA International e desejam oferecê-lo.

Histórico da Organização

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) foi fundada em 1982, em substituição ao National Conference Group, estabelecido em 1973. Em 2002, a associação passou a chamar-se NANDA International, para refletir sua expansão no mundo inteiro. No momento, a NANDA International já aprovou 187 diagnósticos para testes clínicos e aperfeiçoamento.

Um processo dinâmico de revisão de diagnósticos e desenvolvimento da taxonomia continua, visando a identificar e classificar os fenômenos de enfermagem. Os diagnósticos aprovados pela NANDA International estão incluídos no Unified Medical Language System da National Library of Medicine e no Health Level 7 (HL7), e a NANDA International está trabalhando com a American Nurses Association no desenvolvimento de um Sistema Unificado de Linguagem de Enfermagem. A NANDA International também coopera com o International Council of Nurses para desenvolver uma Classificação Internacional da Prática de Enfermagem.

1. Assinatura do periódico *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*.
 2. Taxa de inscrição reduzida para a conferência bienal.
 3. Participação nas decisões sobre diagnósticos novos e revisados.
 4. Informação sobre a situação do desenvolvimento de sistemas de linguagem de enfermagem, que possibilitam a comunicação entre enfermeiros de todo o mundo.
 5. Preços reduzidos em publicações da instituição, tal como o *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*.
 6. Recursos para trabalho em rede e dados de pesquisa.
 7. Acesso ao site da NANDA International com links para as atas de reuniões do Conselho de Diretores e para todas as decisões e iniciativas atuais.
- Inscrição conjunta como membro está disponível para associados de ACENDIO e AENTDE desde a publicação. Entre em contato com o escritório da NANDA International para verificar a disponibilidade de uma inscrição conjunta com outras organizações que tenham relação com a linguagem de enfermagem padronizada a que você pertence.

MATERIAIS ADICIONAIS DISPONÍVEIS

A NANDA International publica sua taxonomia no livro *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação*. Uma nova edição é publicada após cada conferência bienal. Esse livro contém a única lista de diagnósticos aprovada pela NANDA International para distribuição.

Para encomendar ou obter informações sobre as publicações da NANDA International, entre em contato com o escritório:

[Diagnósticos de Enfermagem da NANDA - Definições e Classificação — 2007-2008](#)
[385](#)

BENEFÍCIOS PARA OS MEMBROS

Definições e Classificação — 2007-2008 387

386 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA
100 N. 20th Street, 4th Floor, Philadelphia, PA, 19103, USA.
800.647.9002; e-mail: jnfonanda.org;
site: www.nanda.org

E SIM! Eu QUERO AJ'OIAR O MOVIMENTO PESAS TEEMINOLOGIAS DE ENFERMAGEM. POR FAVOR, ACEITE MINHA INSCMÇÃ0 COMO MEMBRO DA NANDA INTERNAEONAL.

E Membro regular (somente enfermeiros) US \$105

E Membro aposentado US \$65"

E Membro associado (não-registrados aceitos) US \$105

E Estudante US \$35*

Instituições também podem ser membros. Entrar em contato com info@nanda.org. Envie exemplar(es) do livro *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação* por um preço especial: para membros, US \$19.95 o exemplar, para não-membros, \$24.95.

Envie exemplar(es) do livro *Critical Thinking & Nursing Diagnoses* por um preço especial para membros: US \$19.95 o exemplar. E Remeto em anexo uma doação com dedução no imposto de renda para a Fundação NANDA International.

Envio o total de US\$ Número da NANDA para a dedução no imposto de renda: 41-1363777. E Cheque em anexo E Ordem de pagamento em anexo (pagável à NANDA International) E Descontar de meu cartão de crédito: E AmeEx E MC E Visa Número do cartão: _____

Assinatura: _____ Data de vencimento: / /

* US \$29 desta quantia referem-se a uma assinatura anual da revista *The International Journal of Nursing Terminology and Classifications*.

Comitê para entrada de novos membros

Kay Avant, PhD, RN, FAAN (*presidente*)

Carme Espinosa

Sharie Falan, PhD, RN

Teresa A. Garcia, MSN, RN

Sara Lister, MSc, RN, PGDAE

Jayne Hansche Lobert, MS, APRN, NP BC

Regena Soyer

Alexandra M. Westbrook

DIGITAR, POR FAVOR:

Quem o encaminhou à NANDA International? _____

Apenas para enfermeiros norte-americanos registrados:

Você é membro da ANA? E Sim E Não

Qual é sua especialização clínica?

E Por favor, retirar meu nome da lista de e-moi!.

Primeiro nome		MI		
Ultlino nome e credenciais				
Número de licença atual				
Cargo/título(s)				
Empresa/instituição				
Departamento				
Endereço para correspondência (preferido)	E residencial	E	comercial	
cidade				
Estado CEP		Pais		
i'e	Fax			
<i>e-estai!</i>				

E VES! 1 WATN TO SUPPORT 111€ NURSING TERMUNOLOGY MOVEMENT
 PLEASE ACCEPT MV FOR NANDA IPfEMIAtONAL MEMBERSHIP.
 Regular membership (RNs only) US \$105
 Retired membership lis \$65"
 Associate membership (non-RNs welcome) US \$105
 Student membership U5 \$35"
 Institutional membership is also available. For details! contact: info@nanda.org.

A
 Adaptação prejudicada (ver p. 56)
 Alcoolismo,
 processos familiares
 disfuncionais, 141
 Amamentação
 eficaz, 28
 ineficaz, 29
 interrompida, 31
 Angústia espiritual, 129 risco de, 131
 Ansiedade, 32
 morte, 35
 Aspiração, risco de, 37
 Atividades de recreação deficientes, 240
 Autoconceito melhorado, disposição para, 40
 Autocuidado para banho! higiene
 déficit no, 42
 Autocuidado, disposição para aumento do, 45

Autoestima, baixa
crônica, 46
risco de, situacional, 48 Automutilação, 49
risco de, 51
B
Bem-estar espiritual aumentado, disposição para, 132

c

Cadeira de rodas, mobilidade com, prejudicada, 188
Campo de energia perturbado,
Capacidade adaptativa intra cran ia na
diminuída, 23
Capacidade de transferência prejudicada, 263
Comportamento
de busca de saúde, 248
de saúde propenso a risco,
56
Comportamento do bebê desorganizado, 57
disposição para aumento da competência
comportamental, 55
risco de, desorganizado, 59 Comunicação
verbal prejudicada, 61

disposição para, aumentada,

60

Conflito

de decisão, 92

do papel de pai/mãe, 209 Conflito no desempenho do
papel de pai/mãe, 209 Conforto, disposição para
aumento do, 63

Confusão
agnda, 64
crônica, 65

E Send — copy(ies) of *Nanda-I Nursing Diagnoses: \$ Definitions & Classification at special member's price:*

liS \$19.95! ea. (non-members, \$24.95)

E Senil copy(ies) of *Critical Thinking & Nursing \$ Diagnoses aL special members prie: liS \$19.95!* tu.

E I am also enclosing my tax-deductible donation to \$ the NP.NOA-1 Foundation
TOTAL ENCLOSED US \$ \$

NANOA's Federal Tx ID # is 41-2363777.

E Check enclosed E Money arder enclosed

(Payable to NANDA-1. lis. funds drawn ou lis. banks only)

E Charge my credit card: E AmEx E MC E Visa

Card #

Signature: Exp date: / /

* Is \$29 of this amount is for one-year subscription to the *International Journal of Nursing Terminologies & Classification*.

OIGITAI{, POR FAVOR:

ÍNDICE

53

E Please remove my name from rented mail use.

F, RN NAME: MI.		
LAST NAME & CREDENTIALS		
CURRENT LICENSE NUMBER		
POSITION/TITLE(s)		
COMPUTER/INFORMATION		
DEPARTMENT		
MAILING ADDRESS (PREFERRED) E RESIDENTIAL E COMMERCIAL		.
CITY		
STATE/PROVINCE ZIP/POSTAL CODE		COUNTRY
TELEPHONE FAX		
EMERGENCY ADDRESS Who referred you to NANDA International? U.S.-Registered RNs only: Are you ANA member? E Yes E No What is your clinical specialty?		

risco de, aguda, 66
Conhecimento
deficiente, 68
disposição para, aumentado,
Constipação, 69
percebida, 72
risco de, 73
Contaminação, 75
risco de, 79

Controle do regime terapêutico disposição para, aumentado, eficaz, 83
ineficaz, 85
ineficaz, comunitário, 82
ineficaz, familiar, 84
Crescimento desproporcional, risco de, 87
Crescimento e desenvolvimento, atraso no, 86
D
Deambulação prejudicada, 88
Débito cardíaco diminuído, 90
Déficit no autocuidado
para alimentação, 41
para banho/higiene, 42
para higiene íntima, 43
para vestir-se/arrumar-se, 44
Deglutição prejudicada, 95
Dentição prejudicada, 98
Desenvolvimento, risco de atraso no, 99
Desesperança, 101
Desmame ventilatório,
resposta disfuncional
ao, 277
Desobediência, 102
Desobstrução ineficaz de vias aéreas, 104
Diarréia, 106

Dignidade humana comprometida, risco de, 107
Disfunção neurovascular periférica, risco de, 204
Disfunção sexual, 250 Disposição para comunicação aumentada, 60
Disreflexia autonômica, 108 risco de, 109
Distúrbio na imagem corporal,
153

Dor

E

aguda, 111 crônica, 112

Eliminação urinária disposição para, melhorada, 113
prejudicada, 114
Enfrentamento
comunitário ineficaz, 117
defensivo, 118
disposição para,
comunitário
aumentado, 116

disposição para, familiar aumentado, 119
familiar comprometido, 120
familiar incapacitado, 122
ineficaz, 124
Envenenamento, risco de, 126 Equilíbrio de líquidos,
disposição para,
aumentado, 127
Esperança, disposição para aumento da, 128
Estado de imunização, disposição para
aumento do, 158
Estilo de vida sedentário, 134

F

Fadiga, 140
Função hepática prejudicada, risco de, 149

G

Glicemia instável, risco de, 148

H

Hipertermia, 150 Hipotermia, 151

I

Identidade pessoal, distúrbios
da, 152
Imagem corporal, distúrbio na, 153
Impotência, sentimento de,
155
risco de, 157
Incontinência
intestinal, 159
risco de, urinária de urgência,
urinária de esforço, 161
urinária de urgência, 163
urinária funcional, 165
urinária por transbordamento,
urinária reflexa, 167
urinária total, 168
Infecção, risco de, 169
Insônia, 170
Insuficiência do adulto para
melhorar (o seu estado
de saúde), 172
Integridade da pele prejudicada,
risco de, 175
Integridade tissular prejudicada,
176

Interação social prejudicada,
177
Intolerância à atividade, 38 risco de, 39
Isolamento social, 179

L

Lesão perioperatória por
posicionamento, risco de, 184
Lesão, risco de, 183
perioperatória por
posicionamento,
risco de, 184

M

Manutenção do lar prejudicada,
Manutenção ineficaz da saúde,
249

Medo, 185

Memória prejudicada, 187

Mobilidade física prejudicada,

Mobilidade no leito prejudicada,

Mobilidade, prejudicada

com cadeira de rodas, 188

física, 190

no leito, 192 Morte

ansiedade relacionada à, 35 risco de síndrome da morte

súbita do bebê, 195

Mucosa oral prejudicada, 196

N

Náusea, 199

Negação ineficaz, 220

Negligência unilateral, 202

Nutrição desequilibrada

W*StêêtêtttbLStCSttttôStt*SS4ê)44dJ44S4C44 *SêSSbb

390 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Definições e Classificação — 2007-2008

391

67

81

181

164

190

166

192

