

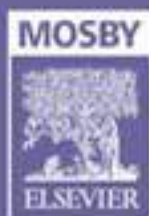
Gloria M. Bulechek

Howard K. Butcher

Joanne McCloskey Dochterman

NICE

**CLASSIFICAÇÃO DAS
INTERVENÇÕES
DE ENFERMAGEM**



Tradução da 5ª edição

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Tradução da 5ª edição

Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN

Professor, Coordinator of International Studies, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa

Howard K. Butcher, PhD, RN, APRN, BC

Associate Professor, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa

Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN, FAAN

Professor Emerita, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa

MOSBY

O logotipo NIC

O logotipo NIC, que consiste em uma folha e uma árvore juntas, aparece abaixo e na capa deste livro. Esta folha é uma réplica exata da folha de uma árvore existente no Linnaeus Botanical Garden, em Uppsala, Suécia. A folha foi apanhada, há muitos anos por uma artista que vivia nas proximidades do parque, para estampar um vaso que ela estava fazendo. O vaso foi dado de presente a um dos membros da equipe de pesquisa exatamente quando esta estava procurando um logotipo. Uma vez que a folha viera do Linnaeus Garden, a equipe achou que seria um logotipo significativo, pois Carl Linnaeus (1701–1778) foi o grande classificador que ordenou os reinos vegetal e animal. No logotipo, a folha aparece junto a uma árvore, o símbolo universal da taxonomia.



Permissão e Licenciamento

O uso de qualquer parte do NIC em qualquer publicação ou folheto impresso requer permissão por escrito do editor. Favor enviar todas as solicitações de permissão por escrito para:

Elsevier Global Rights

Langford Lane

Kidlington, Oxford OX51GB

UNITED KINGDOM

healthpermission@elsevier.com

Fax: +44 1865 85 3333

Aguarde 4 a 6 semanas para processamento.

Qualquer uso eletrônico de NIC requer uma autorização. Informações sobre autorização podem ser obtidas enviando uma solicitação por escrito para: Licensing Department, Elsevier, 1600 JFK Blvd, Suíte 1800, Philadelphia, PA 19103 ou para nicnoc@elsevier.com.

Front Matter

NIC CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Autoras

Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN

Professor

Coordinator of International Studies

College of Nursing

The University of Iowa

Iowa City, Iowa

Howard K. Butcher, PhD, RN, APRN, BC

Associate Professor

College of Nursing

The University of Iowa

Iowa City, Iowa

Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN, FAAN

Professor Emerita

College of Nursing

The University of Iowa

Iowa City, Iowa



Copyright

Do original: Nursing Interventions Classification, 5th edition

© 2008, 2004, 2000,1996,1992 por Mosby, Inc.

Tradução autorizada do idioma inglês da edição publicada por Mosby – urn selo editorial Elsevier Inc.

ISBN: 978-0-323-05340-2

© 2010 Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19/02/1998.

Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

ISBN: 978-85-352-3442-8

Capa

Folio Design Ltda

Editoração Eletrônica

Rosane Guedes

Elsevier Editora Ltda.

Conhecimento sem Fronteiras

Rua Sete de Setembro, n° 111 – 16° andar

20050-006 – Centro – Rio de Janeiro – RJ

Rua Quintana, n° 753 – 8° andar

04569-011 – Brooklin – São Paulo – SP

Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 026 53 40

sac@elsevier.com.br

Preencha a ficha de cadastro no final deste livro e receba gratuitamente informações sobre os lançamentos e promoções da Elsevier.

Consulte também nosso catálogo completo, os Últimos lançamentos e os serviços exclusivos no site www.elsevier.com.br

NOTA

O conhecimento médico esta em permanente mudança. Os cuidados normais de segurança devem ser seguidos, mas, como as novas pesquisas e a experiência clinica ampliam nosso conhecimento, alterações no tratamento e terapia à base de fármacos podem ser necessárias ou apropriadas. Os leitores são aconselhados a checar informações mais atuais dos produtos, fornecidas pelos fabricantes de cada fármaco a ser administrado, para verificar a dose recomendada, o método e a duração da administração e as contraindicações. É responsabilidade do médico, com base na experiência e contando com o conhecimento do paciente, determinar as dosagens e o melhor tratamento para cada um individualmente. Nem o editor nem o autor assumem qualquer responsabilidade por eventual dano ou perda a pessoas ou a propriedade originada por esta publicação.

O Editor

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE

SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C551

Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) / Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman; [tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2010.

il.

Tradução de: Nursing Interventions Classification (NIC), 5th éd.

Apêndice

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-352-3442-8

1. Enfermagem - Classificação. I. Bulechek, Gloria M. II. Butcher, Howard K. III. Dochterman, Joanne McCloskey.

10-2845.

CDD: 610.73012

CDU: 616-083

17.06.10

24.06.10

019803



Supervisão da Revisão Científica

Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo, Chefe do Departamento de Enfermagem – Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa „Sistematização da Assistência de Enfermagem” da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP

Revisão Científica

Amália de Fátima Lucena, Enfermeira Doutora em Ciências pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professora Assistente do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), Membro do Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) do HCPA

Cinthia Calsinski de Assis, Enfermeira Especialista em Cardiologia pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Cuimarães, Enfermeira Pesquisadora Científica TV do Instituto Lauro de Souza Lima, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP

Juliana de Lima Lopes, Enfermeira do Instituto do Coração, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Miriam de Abreu Almeida, Enfermeira Doutora em Educação pela PUCRS, Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Vice-líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), Coordenadora do Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Membro da SubComissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Grupo Técnico de definição de modelagem para construção de um sistema de apoio para a SAE da ABEn Nacional

Tânia Couto Machado Chianca, Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Pós-Doutorado no Center for Nursing Classification do College of Nursing, University of Iowa, Professora Associada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Saúde e Enfermagem e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Baseada em Evidências, Membro da SubComissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Grupo Técnico de definição de modelagem para construção de um sistema de apoio para a SAE da ABEn Nacional, Coordenadora do Colegiado de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Tradução

Jacqueline Cesar Thompson (Parte 5)

MBA Executivo pela The University of Queensland, Australia

Regina Carcez (Parte 3)

Graduada em Letras (Licenciatura Plena Inglês /Português – Literaturas) pela Universidade do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS)

Pós-graduada em Inglês pela Universidade do Vale do Rio do Sinos – UNISINOS – São Leopoldo/RS

Certificado de Michigan (USA)

Certificado de Proficiência em Inglês (CPE-Cambridge)

Soraya Imon de Oliveira (Partes 1, 2, 4 e 6)

Doutorado em Imunologia pelo Departamentu de Imunologia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo

Especialista em Imunopatologia e Sorodiagnóstico (FUNDAP) pelo Departamentu de Patologia da Faculdade de Medicina da UNESP

Bacharel em Ciências Biológicas – mod. Médica pela Universidade Estadual Paulista

Tatiana Ferreira Robaina (índice)

Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Mestre em Patologia pela Universidade Federal Fluminense

Odontóloga pela Universidade Federal de Pelotas

Prefácio

A equipe da NIC foi fundada em 1987. Esta é a quinta edição da *Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)*, publicada pela primeira vez em 1992. A segunda edição foi publicada em 1996; a terceira edição, em 2002; e a quarta, em 2004. A quinta edição foi preparada com urna alteração em sua liderança. A função de Joanne McCloskey Dochterman diminuiu devido a sua aposentadoria, e Howard Butcher assumiu a responsabilidade editorial. Cheryl Wagner tern atuado como um assis-tente editorial muito compétente. A NIC é uma linguagem padronizada abrangente que descreve os tratamentos realizados pelos enfermeiros. Expandimos e revisamos a Classificação com esforços continuados de pesquisa e inserção de informações obtidas junto à comunidade profissional. As ca-racterísticas principais desta edição são as seguintes:

Très capítulos foram atualizados para introduzir a Classificação: o **Capítulo 1** fornece uma re-visão da NIC e trata de 20 questões que algumas vezes surgem sobre a NIC; o **Capítulo 2** descreve o início da NIC em 1987 e trata da necessidade da criação da NIC, descrevendo então a pesquisa reali-zada para o seu desenvolvimento e manutenção; e o **Capítulo 3** concentra-se na implementação e no uso da NIC tanto na prática como no ensino. Cada um destes capítulos sera interessante tanto para o novato como para o usuário experiente da NIC.

Há um total de 542 intervenções nesta edição, em comparação com as 514 da quarta edição, 486 da terceira edição, 433 da segunda edição e 336 da primeira edição. Trinta e quatro intervenções são novas e 83 das intervenções previamente incluídas foram revisadas para esta edição (ver no Apêndi-ce A a lista de intervenções novas, revisadas e eliminadas). O formata de cada uma das intervenções é o mesmo das edições anteriores. Cada intervenção tem um nome de designação, uma definição, uma lista de atividades que o enfermeiro poderia realizar para executá-la, em uma ordern lógica e uma pequena lista de leitura complementar. A linguagem padronizada é o nome de designação e sua definição. As atividades podem ser escolhidas ou modificadas conforme a necessidade para atender as necessidades específicas de uma população ou de um indivíduo. Dessa forma, a NIC pode ser utilizada para transmitir um significado comum através dos diferentes cenários, mas ainda propiciará um meio para que os enfermeiros individualizem a assistência. As leituras complemen-tares para muitas das intervenções foram atualizadas para esta edição, com alterações de atividades sendo feitas conforme indicado. As leituras não incluem, de nenhum modo, uma lista de referências compléta para nenhuma das intervenções. Esforços foram feitos no sentido de incluir diretrizes cli-nicas disponiveis e livros-texto baseados em pesquisas. Estas representam uma pequena parte das fontes utilizadas no desenvolvimento da definição das intervenções e de suas listas de atividades, sustentando sua utilização pelos enfermeiros. Cada uma das intervenções tem um único código de números para auxiliar a informatização da NIC e facilitar o reembolso dos enfermeiros.

A taxonomia da NIC, a quai foi incluída pela primeira vez na segunda edição, tem sido atualiza-da para abranger todas as intervenções novas. Nesta edição, assim como nas duas edições anteriores, a taxonomia inclui sete dominios e 30 classes. A taxonomia ajuda os enfermeiros a localizar e escolher uma intervenção e fornece estruturas que podem ajudar no planejamento de curriculos (veja mais detalhes na revisão da taxonomia da NIC, na pagina 71).

Nas segunda, terceira e quarta edições, foram fornecidas associações entre as intervenções da NIC e os diagnósticos da NANDA. Estas associações foram atualizadas para esta edição, porém estão no *website* da NIC mantido pela Elsevier, e não no livro da NIC.

A maioria dos enfermeiros atualmente consulta o livro complementar *Associações da NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem*, para assistência na utilização clínica e informatização da linguagem de enfermagem padronizada.

Uma característica observada na terceira e na quarta edição foi a inclusão de intervenções fun-damentais das areas de especialidades (aquelas que definem a natureza das especialidades) conforme identificado pelas respectivas organizações. Estas listas de intervenções essenciais foram atuali-zadas e expandidas para esta edição e incluem intervenções essenciais para 45 especialidades (veja mais informações na introdução às intervenções essenciais na pagina 767).

A Parte Cinco desta edição mostra o tempo estimado para realização e o nível de instrução mí-nimo de que um prestador precisa para administrar as intervenções de maneira segura e competente. O tempo estimado e o nível de instrução estão incluídos para todas as 542 intervenções desta edição (veja mais informações na introdução ao tempo estimado e instrução na pagina 799).

Durante a preparação desta edição, foi publicado um convite aos colegas revisores para ajuda-rem na revisão e atualização das intervenções de modo a garantir que a prática fosse refletiva. Mais de 60 enfermeiros se inscreveram nas 16 areas de especializações. As intervenções foram enviadas eletronicamente para revisão, incluindo uma atualização de leituras complementares e adições à lista de atividades, além de, em alguns casos, revisão das definições. A lista dos revisores é mostrada no Apêndice D.

Esta edição, como todas as edições anteriores, inclui um formulário para submissão de suges-tões para intervenções novas ou revisadas (Apêndice B). Este formulário é fornecido para auxiliar os usuários da NIC a contribuírem com o refinamento e a expansão da Classificação. Muitas das novas inclusões e revisões desta edição resultaram de sugestões submetidas por usuários da NIC para a melhoria da Classificação.

Em resumo, a NIC captura as intervenções realizadas por todos os enfermeiros. Como no pas-sado, todas as intervenções incluídas na NIC pretendem ser clinicamente úteis, apesar de algumas serem mais genéricas que outras. Uma vez que as intervenções abrangem uma grande variedade das práticas de enfermagem, nenhum enfermeiro pode esperar executar todas as intervenções listadas aqui, ou nem mesmo a maior parte delas. Muitas das intervenções requerem treinamento especializa-do, e algumas não podem ser realizadas sem uma certificação apropriada. Outras intervenções des-crevem medidas de higiene básica e conforto que, em alguns casos, podem ser delegadas a assistentes, mas que, mesmo assim, ainda precisam ser planejadas e avaliadas por enfermeiros. O uso da NIC:

- ajuda a demonstrar o impacto que os enfermeiros têm sobre o sistema de prestação de assistência de saude
- padroniza e define a base do conhecimento para os curriculos e a prática de enfermagem
- facilita a seleção de uma intervenção de enfermagem adequada
- facilita a transmissão dos tratamentos de enfermagem a outros enfermeiros e provedores
- permite aos pesquisadores examinarem a efetividade e o custo da assistência de enfermagem
- auxilia os educadores a desenvolverem curriculos que articulam melhor a prática clínica
- facilita o ensino da tornada de decisão clínica aos enfermeiros novatos
- auxilia os administradores a fazerem um planejamento mais efetivo para atender as necessidades de pessoal e de equipamentos
- promove o desenvolvimento de um sistema de reembolso pelos serviços de enfermagem
- facilita o desenvolvimento e o uso de sistemas de informação em enfermagem
- transmite a natureza da enfermagem ao público

A NIC é util tanto isolada como associada a outras classificações. As intervenções da NIC têm sido associadas aos diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), aos problemas do Sistema de Omaha, aos resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), aos protocolos de avaliação residente (PAR) utilizados em casas de repouso e ao Outcome and Assessment Information Protocols Set (OASIS), os quais atualmente são mandados para coleta para pacientes cobertos pelo Medicare/Medicaid recebendo assistência doméstica espe-cializada. A NIC é reconhecida pela American Nurses Association (ANA) e esta inclusa em urn con-junto de dados que atenderá às diretrizes uniformes para os representantes de sistema de informação junto a ANA's Nursing Information e ao Data Set Evaluation Center (NIDSEC). A NIC foi incluída no National Library of Medicine's Metathesaurus for a Unified Medical Language. O Cumulative Index to Nursing Literature (CINAHL) inclui intervenções da NIC em seus indices. A NIC esta inclusa nos requisitos para acreditação da The Joint Comission's (TJC, anteriormente Comission on Accreditation for Heath Care Organizations [JCAHO]) como um sistema de classificação em enfer-magem utilizado para cumprir os padrões de dados uniformes. Uma ligação

alternativa foi incluída na NIC em seus códigos ABC para reembolso para provedores alternativos. A NIC está registrada no HL7 (Health Level 7), a organização de assistência de saúde dos Estados Unidos. A NIC também foi licenciada para inclusão na SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine). Foi demonstrado interesse pela NIC em vários outros países, com traduções completas ou em andamento para o chinês, holandês, francês, islandês, alemão, japonês, coreano, espanhol e português (veja Apêndice E, Publicações Seleccionadas, para traduções de edições anteriores).

Quando a linguagem padronizada é utilizada para documentar a prática, comparamos e avaliamos a efetividade da assistência prestada em múltiplos cenários por diferentes provedores. O uso da linguagem padronizada não inibe nossa prática, mas transmite a essência da assistência de enfermagem a outros e nos ajuda a melhorar nossa prática por meio da pesquisa. O desenvolvimento e a utilização desta classificação ajudam a avançar o conhecimento de enfermagem facilitando o teste clínico das intervenções de enfermagem. Acreditamos que o desenvolvimento e o uso contínuo desta classificação ajudarão os esforços de enfermagem a ganharem mais influência na área política. Seus comentários continuam sendo bem vindos e continuamos esperando informações que vocês possam vir a nos transmitir.

Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman

Pontos Fortes da Classificação das Intervenções de Enfermagem

- *Abrangência* — A NIC inclui toda a gama de intervenções de enfermagem desde a prática geral até as áreas especializadas. As intervenções são fisiológica e psicossocial, tratamento e prevenção de doenças, promoção da saúde, as que são para indivíduos, famílias e comunidades, e assistência indireta. Tanto as intervenções independentes como as colaborativas foram incluídas e podem ser utilizadas em qualquer cenário da prática, seja qual for a orientação filosófica.
- *É baseada em pesquisa* — A pesquisa, iniciada em 1987, utiliza uma abordagem multimetodológica. Os métodos são a análise de conteúdos, pesquisas com a aplicação de questionários a especialistas, revisão de grupos de foco, análises de similaridade, agrupamento hierárquico, escalonamento multidimensional e testes de campo clínico. A pesquisa foi parcialmente financiada (7 anos de apoio) pelo National Institute of Health, National Institute of Nursing Research.
- *É desenvolvida inativamente com base na prática existente* — As fontes originais são os livros-texto atuais, os guias de plano de assistência e os sistemas de informação em enfermagem da prática clínica, intensificados pelo conhecimento especializado de prática clínica dos membros da equipe e de especialistas em áreas especializadas da prática. As novas inclusões e refinamentos são resultado de sugestões provenientes de usuários e colegas revisores.
- *Reflete a prática e a pesquisa clínica atuais* — Todas as intervenções são acompanhadas por uma lista de leituras complementares que apoiam seu desenvolvimento. Todas as intervenções foram revisadas por especialistas em prática clínica e por importantes organizações das especialidades da prática clínica. Um processo de retorno de comentários é empregado para incorporação de sugestões de usuários à prática.
- *Possui uma estrutura organizacional de fácil utilização* (domínios, classes, intervenções, atividades) — Todos os domínios, classes e intervenções possuem definições. Os princípios foram desenvolvidos para manter consistência e coesão junto à Classificação. As intervenções foram codificadas numericamente.
- *Emprega uma linguagem clara e de significado clínico* — Ao longo de todo o trabalho, foi escolhida a linguagem mais útil na prática clínica. A linguagem reflete clareza em aspectos conceituais (p. ex., o que é uma intervenção *versus* um diagnóstico ou uma avaliação para fazer um diagnóstico ou um resultado).
- *Apresenta um processo e uma estrutura para refinamento contínuo* — A Classificação continua a ser desenvolvida por pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa. O comprometimento com o projeto é evidenciado por anos de trabalho e envolvimento contínuos. O constante refinamento da NIC é facilitado pelo Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, estabelecido na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa em 1995 pelo Conselho de Régentes de Iowa.
- *Passou por testes de campo* — O processo de implementação foi estudado em cinco locais de campo representando vários cenários onde a enfermagem tem lugar. Centenas de outras agências clínicas e educacionais também estão implementando a Classificação. As etapas para a implementação foram desenvolvidas para auxiliarem o processo de mudança.
- *Acessibilidade por meio de inúmeras publicações* — Além da própria Classificação, dezenas de artigos e capítulos foram publicados por membros da equipe de pesquisa desde 1990. Livros e artigos de revisões e publicações de outros sobre o uso e o valor da NIC atestam a importância do trabalho. Foi produzido um filme sobre o desenvolvimento da NIC. Um jornal publicado duas vezes ao ano mantém a população a par dos últimos desenvolvimentos.
- *Está associada aos diagnósticos da NANDA, aos problemas do Sistema de Omaha, aos resultados da NOC, PAR na assistência de longa duração, OASIS para saúde doméstica* — Uma segunda edição do livro associando os resultados da NOC e intervenções da NIC aos diagnósticos da NANDA já está disponível pela Elsevier. Outras associações estão disponíveis sob a forma de monografias do Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.

- *Reconhecimento nacional* — a NIC foi reconhecida pela American Nurses Association, esta incluída no National Library of Medicine's *Metathesaurus for a Unified Medical Language* e nos índices CINAHL, esta listada pela JCAHO como uma classificação que pode ser utilizada para atender o padrão de uniformização de dados, é o foco de um vídeo produzido pela National League for Nursing, está incluída nos códigos Alternative Link's ABC para reembolso por provedores alternativos, esta registrada no HL7 e incluída na SNOMED.
- *Desenvolvimento simultâneo ao da classificação de resultados* — A *Classificação de Resultados de Enfermagem* (NOC) dos resultados de pacientes sensíveis à prática de enfermagem também foi desenvolvida em Iowa. Tanto a NIC quanto a NOC são sediadas no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.
- *Inclusão crescente em softwares de sistemas de informação clínica de representantes* — A Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED) incluiu a NIC em seu sistema de registro multi-disciplinar. Vários representantes licenciaram a NIC para incluí-la em seus softwares, direcionados tanto a cenários hospitalares como comunitários, como também à prática geral ou especializada.
- *Tradução para vários idiomas* — Apesar de a NIC ter sido desenvolvida com aplicabilidade para a enfermagem nos Estados Unidos, enfermeiros de vários outros países estão encontrando utilidade na Classificação. Algumas traduções foram terminadas enquanto outras estão em andamento nos seguintes idiomas: chinês, holandês, francês, alemão, islandês, japonês, coreano, português e espanhol.

Agradecimentos

Nada que seja de tal magnitude é realizado isoladamente. Assim como nas edições anteriores, queremos agradecer a ajuda recebida de varias fontes:

As pessoas e grupos que deram sugestões para novas intervenções, ou para intervenções revisa-das, e aquelas que as revisaram. Entre eles estão os „os Associados do Centro”, que compartilharam seus amplos conhecimentos, e os nobres revisores, que cederam seu tempo e seus conhecimentos. Esta Classificação é continuamente melhorada para refletir melhor a prática clínica e as melhores práticas por meio da participação de muitos. Os nomes das pessoas que auxiliaram com as alterações constantes nesta edição estão na lista de reconhecimento nas paginas preliminares.

A Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, pelo apoio ao Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, fundado em 1995 para facilitar o andamento do desenvolvimento da NIC e da NOC. Houve o apoio de contribuintes individuais na criação de um fundo de doações junto à Fundação da Universidade de Iowa, que fornecerá o suporte permanente para a continua manutenção da Classificação. Perle Slavik Co wen e colaboradores organizaram o segundo evento de arrecadação de fundos Annette Scheffel Memorial com procedimentos legais para dar suporte ao Centro.

Nossa editora, Barbara Cullen, da Elsevier, que tem conduzido a Classificação ao longo de varias edições e facilitado muitos dos avanços em varias areas. Também agradecemos seus associados: Michael Wisniewski, Diretor de Vendas de Licenças; Karen Delaney, Especialista em Licenças; Sandra Clark Brown, Editora Senior de Aquisições; e nossa editora de desenvolvimento para esta edição, Cindi Anderson. Agradecemos à Elsevier pelo patrocínio da *NIC/NOC Letter*, que nos ajudou a trazer novas informações a mais de 1.700 assinantes.

O comprometimento da aluna de doutorado Cheryl Wagner, que tomou parte na NIC para urna aula prática de pesquisa e que permaneceu por 3 anos ajudando no desenvolvimento, aprimoramento e revisão das intervenções. A assistência de Sharon Sweeney, Coordenadora, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, que auxiliou a revisão e fez a manutenção da documentação eletrônica. Também queremos agradecer a Linda Curran da Secretaria de Pesquisa em Enfermagem, que auxiliou no processamento da redação do manuscrito. Este foi um trabalho complicado e demorado, muito bem supervisionado por todos eles.

Os pesquisadores da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), por sua cooperação em andamento através da Aliança NNN, a fim de unir esforços para facilitar as associações entre os diagnósticos da NANDA, as intervenções da NIC e os resultados da NOC, e para implementar a linguagem padronizada na prática.

A resposta entusiástica à Classificação proveniente de muitos enfermeiros nos Estados Unidos e ao redor do mundo, os quais estão utilizando a NIC de muitas formas—para documentar sua prática, ajudar os estudantes no aprendizado e planejamento da assistência de enfermagem, organizar os livros-texto de enfermagem e conduzir estudos de pesquisas. As solicitações de praticantes e de estudantes estão levando à inclusão da linguagem padronizada em *softwares* clínicos e educacionais.

Lista de Reconhecimentos, 5ª Edição

As pessoas citadas a seguir contribuíram com esta edição da *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* de muitas formas. Algumas submeterem intervenções novas para consideração ou sugeriram a revisão de intervenções existentes. Algumas auxiliaram no processo de revisão de adições, aprimoramentos ou deleções feitas na Classificação. Outras submeteram exemplos de como tem implementado a NIC na prática ou no ensino. Todas contribuíram de modo inestimável aos usuários da NIC.

- **Shirley Aizenstein**, Adjunct Faculty, Truman College, Chicago, Illinois
- **Lioness Ayres**, Assistant Professor, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Sylviann Baldwin**, Clinical Informatics, Nursing, Mason General Hospital, Shelton, Washington
- **Hope Barton**, Librarian, Hardin Health Science Library, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Teresa Boese**, Associate Professor (Clinical), College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Veronica Brighton**, Assistant Professor (Clinical), College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Lisa Burkhart**, Assistant Professor, Marcella Niehoff School of Nursing, Loyola University Chicago, Chicago, Illinois
- **Chasity Burrows**, Clinical Nurse Specialist, The Miriam Hospital, Providence, Rhode Island
- **Mitzi Alyce Chenault**, Clinical Nurse, University of Michigan Hospital, Ann Arbor, Michigan
- **Mary Clarke**, Informatics Nurse Specialist, Genesis Medical Center, Davenport, Iowa
- **June M. Como**, Faculty, Department of Nursing, College of Staten Island-CUNY, Staten Island, New York
- **Martha Craft-Rosenberg**, Professor and Interim Dean, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Karen Cummins**, Nursing Faculty/Instructor, School of Nursing, Kaplan University, Chicago, Illinois
- **Jeanette Daly**, Assistant Research Scientist, The University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, Iowa
- **Janice Denehy**, Associate Professor Emerita, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Arlene Farren**, Assistant Professor, Department of Nursing, College of Staten Island-CUNY, Staten Island, New York
- **Carmen Maria Alba Fernandez**, Director of Nursing Cares, Hospital de Montilla, Cordoba, Spain
- **Teresa A. Garcia**, Medical-Surgical Nursing Faculty, Oakland Community College, Waterford, Michigan
- **Cyd Q. Graf ft**, Certified Pediatric Nurse Practitioner, Black Hawk Grundy Mental Health Center and Allen Hospital, Waterloo, Iowa
- **Lynda A. Green**, Staff Nurse, The University of Iowa Hospitals and Clinic, Iowa City, Iowa
- **Barbara J. Gunderson**, Faculty, School of Nursing, Kaplan University, Chicago, Illinois
- **Joaquin Jesus Bianca Gutierrez**, Professor University of Jaen and Chief Nurse of Critical Care, Hospital de Montilla, Co'rdoba, Spain

- **Vivien Janis Olson Halloran**, Graduate Student, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Courtney Hansen**, Undergraduate Student, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Nancy Howe**, Nurse, Spencer Psychiatry, Spencer, Iowa
- **Jesus Bujalance Hoyos**, Chief of the Management of Care and Quality Block, University Regional Hospital Carlos Haya de Malaga, Spain
- **Leanne Hüllet**, Dean, Trinity College of Nursing and Health Sciences, Rock Island, Illinois
- **Todd N. Ingram**, Assistant Professor (Clinical), College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Julie Jervis**, Chief Medical Examiner, Mohave County, Arizona and Forensic Pediatrician, Lake Havasu City, Arizona
- **Vicki Kraus**, Advanced Practice Nurse, The University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, Iowa
- **Patty Kmetz**, Trauma Nurse Coordinator, Genesis Medical Center, Davenport, Iowa
- **Mary Kocan**, Clinical Nurse Specialist, University Health System, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan
- **Beverly Kopala**, Associate Professor, Marcella Niehoff School of Nursing, Loyola University Chicago, Chicago, Illinois
- **Kristine Kwekkeboom**, Assistant Professor, School of Nursing, University of Wisconsin-Madison, Wisconsin
- **Gail A. Lehner**, Assistant Professor, Immaculata University, Immaculata, Pennsylvania, and Advanced Practice Holistic Nurse, Swarthmore, Pennsylvania
- **Paula Mobily**, Associate Professor, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Patricia Naillon**, Clinical Informatics, Mason General Hospital, Shelton, Washington
- **Allison Nolting**, MNHP Student, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Susan K. Parker**, Staff Nurse, John Cochran VA Medical Center, St. Louis, Missouri
- **Julia Hervas Padilla**, Chief Nurse of Hospitalization, Hospital de Montilla, Cordoba, Spain
- **Susan Powell**, Clinical Informatics, Mason General Hospital, Shelton, Washington
- **Carolene B. Robinson**, Oncology Clinical Nurse Specialist, Trinity Medical Center, Davenport, Iowa
- **Laurie A. Ryan**, Rehabilitation Program Liaison, Genesis Medical Center-West Campus, Davenport, Iowa
- **Debra L. Schutte**, Assistant Professor, College of Nursing, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- **Rafael Munoz Segura**, Supervisor of Critical Care, Hospital de Montilla, Co'rdoba, Spain
- **Jane Hsiao-Chen Tang**, Assistant Professor, Department of Nursing, Immaculata University, Immaculata, Pennsylvania
- **Mary Tarbox**, Chair, Department of Nursing, Mt. Mercy College, Cedar Rapids, Iowa
- **Hilaire J. Thompson**, Assistant Professor, School of Nursing, University of Washington, Seattle, Washington
- **Cheryl Wagner**, Doctoral Student, College of Nursing, The University of Iowa and Associate Professor, Kaplan University, Chicago, Illinois

• **Mary Zugic**, Clinical Nurse Specialist, Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan

Associados – Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

O Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC), da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, estabeleceu um programa de associados. Uma indicação de *Associado, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* é designada a indivíduos que contribuem significativamente para a manutenção e implementação em andamento da NIC e da NOC. Tais indivíduos contribuem ativamente com o Centro, incluindo membros da equipe de pesquisa, o pessoal das agendas colaboradoras, professores aposentados e acadêmicos visitantes. São elegíveis estudantes que estejam a um ano de concluir suas dissertações de doutorado e que tenham prestado contribuições substanciais ao trabalho da CNC.

Os associados doam uma parte de seu tempo ao trabalho em alguma atividade do Centro. Estão disponíveis como pessoal de reserva para tais atividades, como revisores *ad hoc* de novas propostas de intervenções e resultados, participando de reuniões da equipe, entre outras, atuando em comitês de planejamento de conferências, revisando rascunhos de monografias, participando de atividades de redação de concessões e mantendo o conselho a par dos desenvolvimentos correntes relacionados ao trabalho de classificação. A nomeação de um associado é válida por um período de 3 anos ou por um período menor, dependendo da necessidade (p. ex., acadêmico visitante).

As pessoas citadas a seguir atuam como associadas nomeadas em 1° de Janeiro de 2007:

- Mary Ann Anderson, Associate Professor, College of Nursing, University of Illinois
- Ida Androwich, Professor, Loyola University, Chicago
- Sandra Bellinger, Adjunct Faculty, Trinity College of Nursing & Health Sciences
- Teresa Boese, Associate Professor (Clinical), College of Nursing, University of Iowa
- Veronica Brighton, Assistant Professor (Clinical), College of Nursing, University of Iowa
- Jane Brokel, Assistant Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Kathleen Buckwalter, Professor & Director, John A. Hartford Center for Geriatric Nursing Excellence, College of Nursing, University of Iowa
- Lisa Burkhart, Assistant Professor, Loyola University, Chicago
- Gloria Bulechek, Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Howard Butcher, Associate Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Teresa Clark, Advance Practice Nurse, Informatics, University of Iowa Hospitals and Clinics
- Mary Clarke, Informatics Nurse Specialist, Genesis Medical Center, Davenport, Iowa
- Perle Slavik Cowen, Associate Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Sister Ruth Cox, Kirkwood Community College, Cedar Rapids
- Martha Craft-Rosenberg, Interim Dean and Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Jeanette Daly, Assistant Research Scientist, Family Medicine, University of Iowa
- Connie Delaney, Dean, College of Nursing, University of Minnesota
- Janice Denehy, Associate Professor Emerita, College of Nursing, University of Iowa

- Joanne McCloskeyDochterman, Professor Emerita, College of Nursing, University of Iowa
- Gloria Dorr, Advance Practice Nurse, Informatics, University of Iowa Hospitals and Clinics
- Barbara Head, Assistant Professor, College of Nursing, University of Nebraska
- Keela Herr, Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Larry Hertel, President and Founder Professional Home Health Services, Cedar Rapids
- Todd Ingram, Assistant Professor (Clinical), College of Nursing, University of Iowa
- Marion Johnson, Professor Emerita, College of Nursing, University of Iowa
- Gail Keenan, Associate Professor, Director Nursing Informatics Initiative, University of Illinois, Chicago, College of Nursing
- Peg Kerr, Postdoctoral Student, College of Nursing, University of Iowa
- Cathy Konrad, Faculty, Trinity College of Nursing & Health Sciences
- Vicki Kraus, Advanced Nurse Practitioner, University of Iowa Hospital & Clinics
- Meridean Maas, Professor Emerita, College of Nursing, University of Iowa
- Paula Mobily, Associate Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Sue Moorhead, Associate Professor & Director, Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness, College of Nursing, University of Iowa
- Aleta Porcella, Clinical Nurse Specialist-Informatics, University of Iowa Hospitals and Clinics
- Barb Rakel, Assistant Professor, College of Nursing, University of Iowa David Reed, Director, Center for Computational Nursing, College of Nursing, University of Iowa
- Cindy Scherb, Associate Professor, Winona State University
- Debra Schutte, Assistant Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Margaret Simons, Diabetes Nurse Specialist, Iowa City VA Medical Center
- Janet Specht, Associate Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Elizabeth Swanson, Associate Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Mary Tarbox, Professor and Chair, Department of Nursing, Mt. Mercy College
- Marita Titler, Senior Associate Director of Nursing & Director, Nursing Research, Quality & Outcomes Management, University of Iowa Hospital & Clinics
- Toni Tripp-Reimer, Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Cheryl Wagner, Doctoral Student, College of Nursing, University of Iowa and Associate Professor, Kaplan University, Chicago
- Bonnie Wakefield, Research Associate Professor, Sinclair School of Nursing, University of Missouri
- Janet Williams, Professor, College of Nursing, University of Iowa
- Marilyn Willits, Standards Nurse Specialist, Genesis Health Care, Davenport, Iowa

Equipe de Pesquisa do Projeto de Intervenção de Iowa: Primeira, Segunda e Terceira Edição (1987–2000)

MEMBROS DA EQUIPE DE FUNDAÇÃO

- Joanne C. McCloskey, Co-Principal Investigator
- Gloria M. Bulechek, Co-Principal Investigator
- Marlene Cohen
- Martha Craft-Rosenberg
- John Crossley
- Janice Denehy
- Orpha Glick
- Meridean Maas
- Colleen Prophet
- Toni Tripp-Reimer

MEMBROS ADICIONAIS DA EQUIPE

- Laurie Ackerman
- Ida Androwich
- Mary Aquilino
- Jean Barry-Walker
- Hope Barton
- Terri Boese
- Pat Button
- Mary Clarke
- Laura Cullen
- Jeanette Daly
- Gloria Dorr
- Deb Eganhouse
- Barbara Head
- Keela Herr
- Mary Kanak

- Gail Keenan
- Charlotte Kelley
- Vicki Kraus
- Tom Kruckeberg
- Kara Logsdon
- Eleanor McClelland
- Peg Mehmert
- Paula Mobily
- Sue Moorhead
- Mary Jane Oakland
- Maria Pringle
- Michelle Robnett
- Margaret Simons
- Vicki Steelman
- Mary Tarbox
- Marita Titler
- Bonnie Wakefield

ESTUDANTES ASSISTENTES

- Raeda Al Ad Rub
- Joan Carter
- Claire Cheng
- Linda Chlan
- Joan Chohan
- Dottie Doolittle
- Peg Kerr
- Charamine Kleiber
- Enjoo Lee
- Debra Nelson
- Debra Pettit
- Barbara Rakel
- Debby Renner

- Cindy Scherb
- Fran Vlasses
- Young-Hee Yom
- Huibin Yue

ASSISTENTES DE PESSOAL E DE SECRETARIA

- Gael Amabile
- Raquel Ambriz
- Sally Blackmon
- Marci Cordaro
- William Donahue
- Chris Forcucci
- Karen Hines
- Kara Logsdan
- Holly Tapper

CONSULTORES E CONSELHEIROS

- Connie Delaney
- David Evans
- Marjory Gordon
- Norma Lang
- Maxine Loomis
- Karen Martin
- Judy Ozbolt
- Mark Raymond
- Virginia Saba
- Frederick Suppe
- Harriet H. Werley
- George Woodworth
- Marjorie Zernott

Organizações que Contribuíram para o Desenvolvimento da NIC

Enfermeiros de varias organizações de especialidades tem participado do desenvolvimento e da validação da NIC desde o início. Estas organizações são as seguintes:

Academy of Medical-Surgical Nursing

Advocates for Child Psychiatric Nursing

American Academy of Ambulatory Care Nursing

American Association of Critical-Care Nurses

American Association of Diabetes Educators

American Association of Neuroscience Nurses

American Association of Nurse Anesthetists

American Association of Occupational Health Nurses

American Association of Spinal Cord Injury Nurses

American Board of Neuroscience Nurses

American College of Nurse-Midwives

American Holistic Nurses Association

American Nephrology Nurses Association

American Nurses Association

ANA Council on Gerontological Nursing

ANA Council on Maternal-Child Nursing

ANA Council on Psychiatric and Mental Health Nursing

American Psychiatric Nurses Association

American Radiological Nurses Association

American Society of Ophthalmic Registered Nurses, Inc.

American Society of Pain Management Nurses

American Society of Post-Anesthesia Nurses

American Urological Association Allied

Association for Practitioners in Infection Control

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.

Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.

Association of Community Health Nursing Educators

Association of Nurses in AIDS Care

Association of Operating Room Nurses, Inc.

Association of Pediatric Oncology Nurses

Association of Rehabilitation Nurses

Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses

Dermatology Nurses Association

Developmental Disabilities Nurses Association

Drug and Alcohol Nursing Association, Inc.

Emergency Nurses Association

International Association for the Study of Pain

International Society of Nurses in Genetics

Intravenous Nurses Society

Midwest Nursing Research Society

NAACOG: The Organization for Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nurses

National Association of Hispanic Nurses

National Association of Neonatal Nurses

National Association of School Nurses, Inc.

National Consortium of Chemical Dependency Nurses

National Flight Nurses Association

National Gerontological Nursing Association

National Nurses Society on Addictions

North American Nursing Diagnosis Association

Oncology Nursing Society

Society for Education and Research in Psychiatric-Mental Health Nursing

Society for Peripheral Vascular Nursing

Society for Vascular Nursing

Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc.

Society of Otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses, Inc.

Society of Pediatric Nurses

Society of Urologic Nurses and Associates

Definições de Termos

Intervenção de Enfermagem

É qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente. As intervenções de enfermagem incluem tanto as assistências diretas quanto indiretas, aquelas que focalizam indivíduos, famílias e a comunidade, e aquelas que são para tratamentos iniciados por enfermeiros, médicos ou por outro prestador.

Uma *intervenção de assistência direta* é um tratamento realizado através da interação com o(s) paciente(s). As intervenções de assistência direta incluem ações de enfermagem fisiológicas e psicosociais, ações de „toque das mãos” e aquelas que são mais assistenciais e de aconselhamento quanto a sua natureza.

Uma *intervenção de assistência indireta* é um tratamento realizado distante do paciente, mas em seu benefício ou em benefício de um grupo de pacientes. As intervenções de assistência indireta incluem ações de enfermagem voltadas para a supervisão do ambiente de assistência ao paciente e da colaboração interdisciplinar. Estas ações dão suporte à efetividade das intervenções de assistência direta.

Uma *intervenção comunitária (ou de saúde pública)* é voltada para a promoção e preservação da saúde de populações. Intervenções comunitárias enfatizam a promoção de saúde, manutenção da saúde e a prevenção de doenças nas populações, incluindo estratégias para tratar do clima social e político sob o qual a população reside.

Um *tratamento iniciado por um enfermeiro* é uma intervenção iniciada por um enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem. É uma ação autônoma baseada no raciocínio científico que é executada em benefício do cliente de uma forma prevista, relacionada ao diagnóstico de enfermagem e aos resultados projetados. Estas ações incluiriam os tratamentos iniciados por praticantes de enfermagem de estágio avançado.

Um *tratamento iniciado por um médico* é uma intervenção iniciada por um médico em resposta a um diagnóstico médico, porém executada por um enfermeiro em resposta a uma „ordem médica.” Os enfermeiros também podem executar tratamentos iniciados por outros prestadores, tais como farmacêuticos, terapeutas respiratórios ou médicos assistentes.

Atividades de Enfermagem

São os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançar rumo a um resultado almejado. As atividades de enfermagem estão em um nível concreto de ação. Uma série de atividades é necessária para implementar uma intervenção.

Classificação das Intervenções de Enfermagem

É a ordenação ou o arranjo das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos com base em suas relações e na determinação de designações de intervenções a estes grupos de atividades.

Taxonomia das Intervenções de Enfermagem

É uma organização sistemática das intervenções com base em suas semelhanças em algo que pode ser considerado uma estrutura conceitual. A estrutura da taxonomia da NIC apresenta três níveis: domínios, classes e intervenções.

Paciente

Um paciente é qualquer indivíduo, grupo, família ou comunidade que seja o foco da intervenção de enfermagem. Os termos *paciente*, *indivíduo* e *pessoa* são empregados neste livro, porém, em algumas situações, *cliente* ou outra palavra qualquer, pode ser o termo de preferência. Os usuários devem se sentir à vontade para utilizar o termo mais relevante ao cenário de sua assistência.

Familia

Dois ou mais indivíduos relacionados através do sangue ou por escolha, com compartilhamento de responsabilidades para promover o desenvolvimento mútuo, a saúde e a manutenção dos relacionamentos.

Comunidade

Um grupo de pessoas e os relacionamentos entre elas que se desenvolvem à medida em que compartilham um ambiente físico e algumas agendas e instituições (p. ex., escola, departamento de incêndio, local de votação).

Como Encontrar uma Intervenção

Esta edição da Classificação contém 542 intervenções listadas em ordem alfabética. Para o uso clínico, existem vários métodos disponíveis para encontrar a intervenção desejada.

Ordern alfabética: se o nome da intervenção é conhecido e se deseja ver a lista compléta de ati-vidades e de leituras complementares.

Taxonomia da NIC: se o objetivo é identificar intervenções relacionadas em tópicos de areas particulares.

Intervenções Essenciais por Especialidade: para aqueles que estão fazendo o planejamento de um curso ou de um sistema de informação para urn grupo de especialidade em particular, este é um bom ponto de partida.

Associações com os diagnósticos da NANDA: para aqueles que possuem urn diagnóstico da NANDA e gostariam de ter acesso a uma lista de sugestões de intervenções, estas estão disponíveis no *Evolve Bonus Content* no endereço eletrônico: <http://evolve.elsevier.com/Bulechek/NIC/>

Associações com diagnósticos da NANDA e resultados da NOC: aqueles que desejam fazer uma revisão das associações entre NANDA, NOC e NIC, devem consultar o livro complementar *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions* (Johnson, et al., 2006).

As pessoas não devem ficar impressionadas com o tamanho da Classificação, a qual tern o pro-pósito de abranger todas as especialidades e disciplinas. Não leva muito tempo para se familiarizar com a Classificação e localizar as intervenções mais relevantes para sua própria prática. A seleção de uma intervenção de enfermagem para urn paciente em particular é parte da tornada de decisão clínica do enfermeiro. Devem ser considerados seis fatores ao se fazer a escolha de uma intervenção: os resultados almejados, as características do diagnóstico de enfermagem, a pesquisa básica para a intervenção, a viabilidade de por a intervenção em prática, a aceitabilidade do paciente e a capacida-de do enfermeiro. Estes fatores são explicados de modo mais completo no [Capítulo 3](#).

Table of Contents

O logotipo NIC

Permissão e Licenciamento

Front Matter

Copyright

Supervisão da Revisão Científica

Revisão Científica

Tradução

Prefácio

Pontos Fortes da Classificação das Intervenções de Enfermagem

Agradecimentos

Lista de Reconhecimentos, 5ª Edição

Associados – Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

Equipe de Pesquisa do Projeto de Intervenção de Iowa: Primeira, Segunda e Terceira Edição (1987–2000)

Organizações que Contribuíram para o Desenvolvimento da NIC

Definições de Termos

Como Encontrar uma Intervenção

PARTE UM: Construção e Uso da Classificação

Capítulo 1: Uma Visão Geral da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

Capítulo 2: Desenvolvimento, Testes e Implementação da NIC: 1987-2007

Capítulo 3: Uso da NIC

PARTE DOIS: Taxonomia das Intervenções de Enfermagem

Capítulo 4: Visão Geral da Taxonomia NIC

PARTE TRÊS: A Classificação

Capítulo 5: A

Capítulo 6: B

Capítulo 7: C

Capítulo 8: D

Capítulo 9: E

Capítulo 10: F

Capítulo 11: G

Capítulo 12: H

Capítulo 13: I

Capítulo 14: L

Capítulo 15: M

Capítulo 16: N

Capítulo 17: O

Capítulo 18: P

Capítulo 19: Q

Capítulo 20: R

Capítulo 21: S

Capítulo 22: T

Capítulo 23: U

Capítulo 24: V

PARTE QUATRO: Intervenções Essenciais para Áreas de Especialidades de Enfermagem

Capítulo 25: Intervenções Essenciais para as Áreas de Especialidades de Enfermagem

PARTE CINCO: Tempo Estimado e Nível de Formação Necessários para a Realização das Intervenções NIC

Capítulo 26: Tempo Estimado e Nível de Formação Necessários para a Realização das Intervenções NIC

PARTE SEIS: Apêndices

Intervenções: Novas, Revisadas e Removidas desde a Quarta Edição

Orientações para Apresentação de uma Intervenção Nova ou Revisada

Linha do Tempo e Pontos de Interesse: Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

Convocação para Revisores Especialistas: Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

Publicações Seleccionadas

Abreviações

Índice

PARTE UM
Construção e Uso da Classificação

Uma Visão Geral da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

UMA DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, Nursing Interventions Classification) é uma classificação abrangente padronizada das intervenções realizadas por enfermeiros. É útil para a documentação clínica, para a informação sobre os cuidados prestados entre as unidades de tratamento, para integração dos dados em sistemas de informação e unidades de tratamento para eficiência da pesquisa, para medida da produtividade e para avaliação da competência, facilitação do reembolso e para o planejamento curricular. A classificação NIC inclui as intervenções que os enfermeiros realizam nos pacientes, independentes ou colaborativas, de cuidado direto e indireto. Uma *intervenção* é definida como *qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente*. Ainda que o enfermeiro tenha experiência em um número limitado de intervenções que refletem sua área de especialidade, a Classificação abrange todos os campos de especialidade dos enfermeiros. A NIC pode ser utilizada em todos os cenários (de unidades de terapia intensiva a cuidados domiciliares, instituições de idosos, locais de assistência primária) e todas as especialidades (do cuidado intensivo ao ambulatorial e o cuidado a longo prazo). A classificação completa descreve o domínio da enfermagem, contudo algumas das intervenções descritas na classificação também são realizadas por outros cuidadores. Estes são bem-vindos ao uso da NIC para descreverem seus tratamentos.

As intervenções da NIC incluem ambas, fisiológica (p. ex., Controle Ácido-básico) e psicossocial (p. ex., Redução da Ansiedade). Estão incluídas intervenções para tratamento de doenças (p. ex., Conduta na Hiperglicemia), para prevenção de doenças (p. ex., Prevenção de Quedas) e para promoção da saúde (p. ex., Promoção do Exercício). A maioria das intervenções é para ser utilizada com pacientes de forma individual, porém muitas são utilizadas com as famílias (p. ex., Promoção da Integridade Familiar), e algumas são para o uso de comunidades inteiras (p. ex., Controle do Ambiente: Comunidade). Também são incluídas intervenções de cuidados indiretos (p. ex., Controle de Suprimentos). Cada intervenção aparece na classificação com um título, uma definição, um conjunto de atividades para realização da intervenção e referências para consulta.

Nesta edição existem 542 intervenções e mais de 12.000 atividades. As partes padronizadas da intervenção são seus títulos e suas definições – estes **não devem** ser alterados quando estiverem em uso. Esta prática possibilita a comunicação entre os diversos locais e a comparação dos resultados. O cuidado, no entanto, pode ser individualizado, por meio das atividades. De uma lista de cerca de 10 a 30 atividades por intervenção, o cuidador seleciona as atividades que considerar apropriadas para um determinado indivíduo ou para uma dada família, e então pode adicionar novas atividades se assim o desejar. Todas as modificações ou atividades extras devem ser coerentes com a definição da intervenção. Para cada intervenção, as atividades estão listadas em uma ordem lógica, do primeiro ao último passo a serem realizados pelo enfermeiro. Para muitas atividades o momento da realização não é essencial, ainda que, em outras, a sequência temporal é importante. As listas de atividades são bastante longas, uma vez que a Classificação tem que atender às necessidades de múltiplos usuários; estudantes e iniciantes precisam de orientações mais concretas que enfermeiros experientes. As atividades não estão padronizadas, por que tal tarefa seria quase impossível realizar com mais de 12.000 delas, anulando o propósito de utilizá-las para individualizar o

tratamento. As pequenas listas de leituras sugeridas para consultas localizadas no final de cada intervenção são as mais úteis no desenvolvimento da intervenção ou no apoio a algumas das atividades da intervenção. Elas devem ser consideradas como um ponto de partida para iniciar as leituras em caso de inexperiência com as intervenções, porém não constituem sob nenhum aspecto uma lista completa de leituras sugeridas, nem incluem toda a pesquisa existente sobre a intervenção. Para esta edição, assim como na anterior, atualizamos as sugestões de referências para algumas das intervenções.

Ainda que as listas de atividades sejam muito úteis no ensino de uma intervenção e na implementação da sua execução, não constituem a essência da Classificação NIC. Os títulos e as definições são a chave da Classificação; pois oferecem um título resumido para cada uma das atividades descritas, e nos permitem identificar e transmitir nosso trabalho. Antes da NIC, tínhamos apenas listas intermináveis de atividades isoladas. Com a NIC podemos comunicar facilmente nossas intervenções usando o seu título que vem acompanhado de uma definição formada e por uma lista de atividades para a implementação.

As intervenções são agrupadas em 30 classes e sete domínios para facilitar o uso. Os sete domínios são: Fisiológico: Básico, Fisiológico: Complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de Saúde e Comunidade (Taxonomia, p. 71). Algumas intervenções estão localizadas em mais de uma classe, porém cada uma possui um único número (código) que identifica sua classe principal o qual não é utilizado para nenhuma outra intervenção. A taxonomia da NIC foi codificada por vários motivos: (1) para facilitar o uso de computadores, (2) para facilitar a manipulação dos dados, (3) para aumentar a articulação com outros sistemas codificados e (4) para possibilitar seu uso no reembolso. Os códigos para os sete domínios vão de 1 a 7. Os códigos para as 30 classes vão de A a Z e a, b, c, d. Cada intervenção possui um único código formado por quatro dígitos. Caso seja desejado, as atividades podem ser codificadas sequencialmente após a casa decimal, usando dois dígitos (os números não foram incluídos no texto para não confundir o leitor). Um exemplo de código completo é 4U-6140.02 (domínio de Segurança, classe de Controle de Crise, Intervenção de Gerenciamento de Protocolo de Emergência, segunda atividade: “Garantir que a via aérea esteja aberta, que respiradores artificiais sejam administrados e que compressões cardíacas estejam sendo realizadas”).

As intervenções da NIC foram vinculadas aos diagnósticos da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e aos resultados da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, Nursing Outcomes Classification)¹², a problemas no Sistema de Omaha¹¹, aos Protocolos de Avaliação Residente (RAP, Resident Assessment Protocols) utilizados em casas de repouso⁴, e ao Conjunto de Informações sobre Resultados e Avaliação (OASIS, Outcome and Assessment Information Set)⁵, atualmente obrigatório no caso de pacientes cobertos pelo sistema de saúde americano Medicare/Medicaid recebendo tratamento doméstico especializado. As ligações com Omaha, RAP e OASIS estão disponíveis no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa. A NIC está associada aos diagnósticos da NANDA e às respostas da NOC em um livro publicado por Mosby em 2006¹².

A linguagem utilizada na classificação é clara, redigida de forma coerente e reflete a linguagem utilizada na prática. Respostas de estudos com profissionais de saúde, bem como 15 anos de uso da classificação, demonstraram que todas as intervenções são usadas na prática. Embora a listagem geral das 542 intervenções possa impressionar praticantes e estudantes de enfermagem à primeira vista, temos notado que os enfermeiros logo descobrem quais são as interações praticadas com mais frequência em suas especialidades ou com a população de pacientes com que trabalham. Outras formas de localizar as intervenções desejadas são a taxonomia, as ligações com diagnósticos e as intervenções essenciais para cada especialidade, também contidas nesta edição.

A classificação é continuamente atualizada e possui um processo permanente de *feedback* e de revisão. Na parte final deste livro existem instruções para os usuários sobre como apresentar sugestões para modificações das intervenções ou para proposta de uma intervenção nova (Apêndices). Muitas das mudanças encontradas

nesta edição resultaram da colaboração de enfermeiros, pesquisadores e clínicos que usaram seu tempo para enviar sugestões de modificações baseadas em suas próprias pesquisas e em seu uso. Estas observações são, então, encaminhadas para um processo de revisão realizado em dois níveis, sendo o primeiro por pessoas selecionadas e depois por um grupo mais abrangente. As intervenções que precisam ser reelaboradas são enviadas de volta ao autor para revisão. Todos os colaboradores cujas alterações serão incluídas na próxima edição recebem um agradecimento no livro. Novas edições para classificação são planejadas a cada quatro anos aproximadamente. O trabalho realizado entre as edições e outras publicações relevantes que aumentem o emprego da classificação é obtido junto ao Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, na Universidade de Iowa.

A pesquisa para elaboração da NIC teve início em 1987 e passou por quatro fases, cada uma delas com certa sobreposição no tempo:

Fase I: Construção da Classificação (1987-1992)

Fase II: Construção da Taxonomia (1990-1995)

Fase III: Teste Clínico e Refinamento (1993-1997)

Fase IV: Uso e Manutenção (1996-em desenvolvimento)

O trabalho realizado em cada uma destas fases está descrito no próximo capítulo. A pesquisa inicia-se com sete anos de financiamento pelo National Institutes of Health, National Institute of Nursing Research. O trabalho em andamento tem apoio do Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, da Universidade de Iowa, com financiamento parcial da Escola de Enfermagem e da Universidade, e também parcialmente por meio dos lucros obtidos com licenças e produtos afins. A NIC foi desenvolvida por uma grande equipe de pesquisadores cujos membros eram representantes de múltiplas áreas do conhecimento clínico e metodológico. Em 2002, membros desta equipe, bem como outros que contribuíram para o desenvolvimento continuado da NIC, foram nomeados “bolsistas” do Centro por um período de três anos. Para mais informações sobre o Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, que abriga a NIC e a NOC, acesse o website: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Na elaboração da NIC, foram utilizados vários métodos de pesquisa. Na fase I foi utilizado o método indutivo para construir a classificação com base na prática existente. As fontes originais constaram de livros-texto atuais, guias de planos de cuidados e sistemas de informação em enfermagem. Análises de conteúdo, revisão com grupos focais e questionários para especialistas em áreas da prática foram empregados para ampliar os conhecimentos da prática clínica dos membros da equipe. A fase II caracterizou-se pelo emprego de métodos dedutivos. Os métodos utilizados para construir a taxonomia incluíam análises de similaridade, agrupamento hierárquico e escalonamento multidimensional. Por meio de testes clínicos de campo, as etapas para a implementação foram desenvolvidas e testadas, e foi identificada a necessidade da existência de ligações entre NANDA-I, NIC e NOC. Com o tempo, mais de mil enfermeiros tinham os questionários respondidos e cerca de 50 associações profissionais tinham fornecido contribuições sobre a classificação. O capítulo seguinte dá mais informação sobre a pesquisa para construção e validação da NIC. Mais detalhes são encontrados nos capítulos das edições anteriores de NIC e em vários artigos e capítulos de livros publicados. Um vídeo produzido pela National League of Nursing que está disponibilizado para aluguel no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness da Universidade de Iowa é um bom documentário sobre este recente trabalho. Os interessados podem acessar informação atualizada no website desta instituição.

Existem vários recursos disponíveis para auxiliar a implementação da classificação. Neste livro estão inclusos a estrutura taxonômica, para ajudar o usuário a encontrar a intervenção de sua escolha, as listas das intervenções essenciais para as áreas de especialidades da prática, e o tempo estimado e o nível de educação

necessários para realizar cada intervenção. Além disso, há uma monografia em educação para demonstrar uma implementação do programa e o uso da NIC e da NOC no currículo de um estudante de graduação¹⁰, bem como as monografias associadas descritas anteriormente, as quais também estão disponíveis no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. O centro mantém um programa com listagem de colaborador e boletim informativo (*The NIC/NOC Letter*) para disseminação de informação atualizada. Também existe um curso na internet sobre as bases da linguagem padronizada, NANDA-I, NIC e NOC, da Universidade de Iowa. Mais explicações sobre todas estas fontes podem ser encontradas no website <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Uma indicação do grau de utilidade é o reconhecimento nacional. A NIC é reconhecida pela American Nurses Association (ANA) e está incluída como conjunto de dados que irá adequar-se às diretrizes uniformes para os fornecedores de sistemas de informação no ANA's Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC). A NIC também faz parte da National Library of Medicine's Metathesaurus for a Unified Medical Language. O Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) inclui as intervenções da NIC em seus índices. A NIC está incluída entre os requisitos da The Joint Commission's (TJC) (antiga Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations [(JCAHO)]) como um sistema de classificação em enfermagem que pode ser utilizado para satisfazer o padrão uniforme de dados. A Alternative Link, Inc.¹ incluiu a NIC em seus códigos ABC para reembolso de provedores alternativos. A NIC está registrada em HL7 (Health Level 7), a organização dos padrões de assistência em saúde dos Estados Unidos. A NIC também está incluída na NSM (Nomenclatura Sistematizada de Medicina, SNOMED – Systematized Nomenclature of Medicine). A NIC também tem despertado interesse em vários outros países, e traduções para o chinês, alemão, francês, islandês, germânico, japonês, coreano, espanhol e português já foram finalizadas ou estão em andamento.

O melhor indicador de utilidade, contudo, é a crescente lista de pessoas e de instituições de saúde que a adotam. Muitas instituições de saúde têm adotado a NIC para usá-la em protocolos, planos de cuidados, avaliação de competência e em sistemas informatizados em enfermagem. Programas de formação de enfermeiros estão usando a NIC para estruturar o currículo e identificar competências para estudantes de enfermagem; fabricantes estão incorporando-a em seus softwares; autores de textos importantes estão usando a NIC para discutir tratamentos de enfermagem e pesquisadores a estão utilizando para estudar a eficácia dos cuidados de enfermagem. A permissão para utilização da NIC em publicações, sistemas de informação e cursos da internet deve ser solicitada a Elsevier (veja na folha de rosto). Parte do dinheiro para obter a licença retorna ao Centro para ajudar no andamento do desenvolvimento da classificação.

PROJETOS RELACIONADOS: CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM, EXTENSÃO DA CLASSIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, ALIANÇA NNN, CONJUNTO DE DADOS MÍNIMOS DE GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

A pesquisa NIC tem produzido como consequência vários outros projetos, entre os quais salientamos da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e o da Extensão da Classificação do Diagnóstico de Enfermagem (NDEC, Nursing Diagnosis Extension Classification). Outro projeto, o Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem (NMMDS, Nursing Management Minimum Data Set), embora não seja exatamente um produto da NIC, estava relacionado e recebeu grande apoio de alguns dos investigadores da NIC que tem ajudado a identificar a necessidade. Aliança NNN é um esforço para aumentar a colaboração entre o NANDA-I, NIC e NOC. Esses projetos e esforços relacionados são aqui explicados de forma resumida, pois são alvo frequente de perguntas, sendo relevantes para o uso da NIC.

NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification)

Percebeu-se rapidamente que, além dos diagnósticos e intervenções, era necessária uma terceira classificação, a dos resultados esperados para os pacientes, para completar as exigências da documentação clínica de enfermagem. Um dos membros da equipe da NIC, Meridean Maas, procurou outra colega, Marion Johnson, que há muito já manifestara interesse pelos resultados e juntas decidiram compor outra equipe de pesquisa para elaborar uma classificação dos resultados dos pacientes. Tentaram então recrutar pessoas não ligadas a NIC de modo a não diluir a força da equipe, porém alguns dos membros da equipe da NOC também pertenciam à equipe da NIC. Isto tem servido como suporte, que proporciona continuidade e entendimento entre os dois grupos. Nos primeiros anos da NOC, McCloskey e Bulechek atuaram como consultores para a nova equipe. A equipe de pesquisadores da NOC era capaz de usar, ou modificar e usar, muitas das abordagens e métodos de pesquisa que foram desenvolvidos pela equipe da NIC. A equipe da NOC foi formada em 1991 e a primeira edição da NOC foi publicada em 1997. O nome da classificação e a sigla da NOC foram escolhidas de forma deliberada, de modo a ter uma relação com a NIC.

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) foi publicada pela primeira vez por Mosby em 1997, com edições atualizadas em 2000, 2004 e 2008¹⁵. Atualmente, novas edições da NIC e da NOC estão em concomitante fase de publicação. Os resultados dos pacientes servem como critérios contra os quais se julga o sucesso de uma intervenção de enfermagem. Cada resultado apresenta uma definição, uma lista de indicadores que podem ser utilizados para avaliar o estado do paciente em relação à resposta, uma escala de Likert com cinco níveis para medir o estado do paciente e uma pequena lista de referências para consulta usada no desenvolvimento dos resultados ([Capítulo 3](#) para um exemplo de resultado da NOC). Exemplos de escalas empregadas para os resultados são: de 1 (extremamente comprometido) a 5 (sem comprometimento), e de 1 (jamais demonstrado) a 5 (consistentemente demonstrado). Os resultados são elaborados para uso ao longo do cuidado contínuo, podendo, assim, ser utilizados para o monitoramento dos resultados do paciente durante um episódio de doença ou por um longo período de cuidado. A NOC assim como a NIC têm como sede o Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, da Faculdade de Enfermagem de Iowa. Embora a NOC exista apenas desde 1997, houve várias traduções para outros idiomas e múltiplas adoções tanto na educação quanto na prática.

NDEC: Extensão da Classificação do Diagnóstico de Enfermagem

À medida que o trabalho da NIC e a NOC progredia, vários membros da equipe da NIC que tinham participado ativamente da NANDA-I no decorrer dos anos começaram a discutir a necessidade de revisar e expandir a classificação da NANDA-I. A postura inicial em relação a NIC é frequentemente influenciada pela atitude com relação a NANDA-I: uma atitude positiva leva à adoção da NIC, mas uma atitude negativa ou neutra resulta na relutância em se considerar seriamente a NIC. Embora a NIC (e a NOC) possa ser utilizada sem a NANDA-I, é desejável em qualquer encontro com paciente para saber os diagnósticos e as intervenções e resultados.

O uso de uma linguagem padronizada em enfermagem teve início com o desenvolvimento da classificação de NANDA-I na década de 1970. O uso dos diagnósticos da NANDA-I na prática e na educação disseminou-se rapidamente nos anos 1980. A NANDA-I foi traduzida para vários idiomas e é utilizada em mais de 20 países pelo mundo. Entretanto, nos Estados Unidos e, de certa forma na Europa, alguns se desiludiram com a linguagem, a estrutura taxonômica e o lento processo de mudança. Durante a década de 1980 houve uma diminuição no interesse sobre a NANDA-I, com retração do número de sócios e dos fundos da organização. Outro membro da equipe de pesquisa da NIC, Martha Craft-Rosenberg, decidiu tomar a atitude de ajudar a aprimorar a classificação da NANDA-I. Ela e outra colaboradora de Iowa, Connie Delaney, formaram a equipe de pesquisa da Classificação da Extensão do Diagnóstico de Enfermagem (NDEC) em novembro de 1993. Aproximadamente um ano depois, elas firmaram um contrato com o conselho administrativo da NANDA-I para refinar os diagnósticos existentes e desenvolver novos diagnósticos. Esta equipe, liderada por

Craft-Rosenberg, Delaney e Janice Denehy, apresentou um grande número de diagnósticos refinados e alguns diagnósticos novos para discussão na convenção de NANDA-I de 1998. A edição da classificação de NANDA-I de 1999-2000¹⁶ inclui uma parte destas atualizações e a ata da conferência de 1998⁶ descreve o trabalho da NDEC na íntegra. Em 2002, Martha Craft-Rosenberg se tornou presidente eleita, atuando como presidente da organização da NANDA-I de 2004 a 2006.

Aliança NNN

A Aliança de NNN (conhecida como “Aliança 3N”), formada em 2001, representa uma relação virtual e de colaboração entre NANDA-I e o Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC) da Universidade de Iowa. A meta dessa aliança é avançar o desenvolvimento, teste e refinamento da linguagem de enfermagem. Os fundadores da aliança foram Dorothy Jones (presidente anterior da NANDA-I) e Joanne McCloskey Dochterman (diretor anterior do Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness). O atual presidente da NANDA-I e o diretor CNC atuam como cotitulares, com os conselhos administrativos de cada organização atuando como conselho administrativo da aliança. Até hoje, dois projetos centrais foram conduzidos pela aliança: as conferências NNN e a Taxonomia da Prática de Enfermagem. Embora NANDA-I, NIC e NOC tenham presidido duas conferências juntas na década de 1990, a primeira conferência oficial da NNN ocorreu em Chicago durante a primavera de 2002, como resultado do planejamento realizado por um comitê da aliança trabalhando com a Nursecom. A conferência foi muito bem-sucedida com mais de 300 participantes provenientes de vários países. A segunda conferência NNN aconteceu em 2004 em Chicago, e a terceira foi na Filadélfia em 2006.

A Taxonomia da Prática de Enfermagem é uma estrutura organizacional comum criada pela aliança. Foi criada com o apoio de uma concessão dada pela National Library of Medicine⁸ para o convite de uma conferência que foi realizada em agosto de 2001. Durante este evento, participantes estudaram as classificações de linguagem existentes, nomenclaturas e conjuntos de dados. Ao término da conferência, um pequeno esforço compilou o trabalho dos assistentes do evento e criou o primeiro esboço de uma estrutura unificadora comum para diagnósticos, intervenções e resultados (NANDA-I, NIC e NOC). A estrutura proposta foi, então, disseminada entre os participantes da conferência e exposta à comunidade de enfermeiros para comentários na Conferência NNN em abril de 2002, e nas páginas da NANDA e do CNC na internet. As revisões do documento basearam-se nos comentários recebidos e foi preparado o manuscrito *Collaboration in Nursing Classification: The Creation of a Common Unifying Structure for NANDA, NIC and NOC* por Dochterman e Jones, o qual foi o primeiro artigo de uma monografia intitulada *Harmonization in Nursing Language Classification*, publicada pela ANA em 2003⁹.

NMMDS: Nursing Management Minimum Data Set

O propósito do NMMDS é o desenvolvimento de um conjunto padronizado de superdados de gerenciamento que possa ser usado por enfermeiros supervisores de modo a comentar e ampliar o conjunto de dados clínicos (Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem [NMMDS]). Diane Huber e Connie Delaney, trabalhando com vários outros profissionais durante anos, assumiram a liderança para desenvolver variáveis e definições para o NMMDS. Em 1995, elas receberam recursos financeiros da American Organization of Nurse Executives (AONE) para organizar uma conferência para refinar o trabalho prévio. Os resultados foram publicados sob a forma de uma monografia pela AONE no ano seguinte⁷. A NMMDS consiste em 17 variáveis agrupadas em três dimensões: ambiente, recursos de enfermagem e financeiro. As variáveis da dimensão do ambiente consistem em tipo de unidade/serviço de atendimento de enfermagem, população de pacientes, quantidade de atendimento na unidade/serviço de enfermagem, acreditação de unidade/serviço de atendimento de enfermagem, centralização, acessibilidade para o paciente, método de prestação de cuidados e complexidade da tomada de decisão clínica. As variáveis da dimensão de recursos de enfermagem incluem perfil

demográfico do gerenciamento, equipe de enfermagem e satisfação da equipe de funcionários. As variáveis na dimensão de recursos financeiros incluem o tipo de pagador, reembolso, orçamentos da unidade serviço de atendimento e despesas. As definições e medidas para cada variável foram publicadas na monografia.

PERGUNTAS FREQUENTES SOBRE A NIC

Nesta seção tentamos responder algumas das perguntas mais comuns sobre a NIC. A compreensão das razões pelas quais certos procedimentos foram (ou não foram) realizados de uma forma específica auxiliaria no melhor uso da classificação. Esta seção teve início na 2ª edição da NIC, tendo sido feito alguns acréscimos. A ordem das perguntas, de certa maneira, reflete a ordem em que foram encontrados e os crescentes tipos de preocupações sugeridas à medida que aumentava o uso da NIC.

1. Por que certas atividades básicas estão incluídas na lista de atividades de algumas intervenções e não em outras? Por exemplo, por que uma atividade relacionada à documentação deveria estar incluída em plano de alta e encaminhamento, e não em todos os títulos? Por que uma atividade relacionada à avaliação dos resultados deve ser incluída no plano de alta e não em todos os títulos de intervenções? Ou, por que uma atividade de estabelecimento da confiança deve ser incluída em Terapia de recordações e grupo de apoio, mas não em todos os títulos de intervenções?

Atividades básicas são incluídas quando são fundamentais (ou seja, absolutamente fundamentais para a comunicação da essência da intervenção) na implementação de uma dada intervenção. Tais atividades não são incluídas quando fazem parte da rotina mas não são uma parte integral da intervenção. Por exemplo, lavar as mãos é parte da rotina de muitas intervenções físicas, mas não é fundamental para intervenções como banho ou cuidados com a pele (não estamos afirmando que lavar as mãos seja algo que não deve ser feito nestas intervenções, mas apenas que se trata de uma atividade que não é fundamental). Entretanto, lavar as mãos é uma atividade essencial de intervenções como o controle de infecção e cuidado de lentes de contato.

2. Como decido qual intervenção usar quando uma intervenção inclui uma atividade que se refere a outra intervenção? Em algumas intervenções da NIC existe uma referência na lista de atividades a outra intervenção. Por exemplo, a intervenção de controle de vias aéreas contém uma atividade que diz “Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado”. Há uma outra intervenção da NIC, aspiração de vias aéreas, que é definida como “Remoção das secreções das vias aéreas por meio da inserção de um cateter de aspiração na via aérea oral e/ou traquéia do paciente”, que apresenta 25 atividades listadas. Outro exemplo é a intervenção de controle da dor, a qual contém uma atividade que diz “Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p. ex., *biofeedback*, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, jogos terapêuticos, terapia ocupacional, acupressão, aplicação calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor apareça ou aumente, e associada a outras medidas de alívio da dor”. Quase todas as atividades entre parênteses estão listadas na NIC como uma intervenção, cada uma com uma definição e um conjunto de atividades definidoras. Os dois exemplos mostram que intervenções mais abstratas e globais algumas vezes se referem a outras intervenções. Em alguns casos, um indivíduo necessita de uma intervenção mais global, em outros de uma mais específica e ainda de ambas. A seleção das intervenções de enfermagem a serem utilizadas em um paciente individual é parte da elaboração de uma decisão clínica do enfermeiro. A NIC reflete todas as possibilidades. O enfermeiro deve escolher a(s) intervenção(ões) que irá usar para um determinado paciente utilizando os seis fatores discutidos no [Capítulo 3](#).

3. Quando é elaborada uma nova intervenção? Por que acreditamos que cada uma das intervenções tenha uma classificação diferente da das outras? Seriam as mesmas intervenções recebendo denominações

diferentes? Elaboramos um princípio orientador: uma nova intervenção é adicionada caso 50% ou mais das atividades sejam diferentes das de uma outra intervenção relacionada. Assim, cada vez que uma nova intervenção é proposta, é revisada em relação às demais intervenções existentes. Se 50% ou mais das atividades forem as mesmas, não é considerada significativamente diferente e por isso não é adicionada à classificação.

Intervenções que constituem tipos de uma intervenção mais genérica (p. ex., Aconselhamento sexual é um tipo de aconselhamento cuidado com sonda: gastrointestinal é um variante de tratamento de cuidados com sondas), as atividades mais pertinentes são repetidas em uma intervenção mais concreta, de modo que essa intervenção possa figurar sozinha. Isto não deve ocorrer com todas as atividades, mas apenas com as que são essenciais na realização da intervenção. Além disso, a intervenção deve possuir, no mínimo, 50% de atividades novas.

4. A NIC inclui as importantes funções de monitoramento do enfermeiro? Definitivamente, sim. A NIC inclui muitas intervenções de monitoração (p. ex., monitoração eletrônica do feto: pré-natal, monitoramento da política de saúde, monitoramento da pressão intracranial [PIC], monitoração neurológica, monitoração do recém-nascido, supervisão, supervisão da gravidez tardia, supervisão: segurança, monitoração dos sinais vitais). Essas intervenções consistem em sua maioria de atividades de monitoramento, mas também incluem algumas atividades que refletem o processo de julgamento clínico, ou o que os enfermeiros pensam e prevêem quando fazem o monitoramento. Estas intervenções definem o que procurar e o que fazer quando ocorre antecipação de um evento. Além disso, todas as intervenções da NIC incluem atividades de monitoramento quando são realizadas como parte de uma intervenção. *Monitorar* e *identificar* são palavras que utilizamos com o sentido de atividade de coleta de dados e exame físico que são parte de uma intervenção. Tentamos usar estas palavras ao invés da palavra *avaliar* nesta classificação de intervenção, uma vez que o termo *coleta de dados* é empregado no processo de enfermagem naquelas atividades realizadas antes do diagnóstico.

5. A NIC inclui intervenções que seriam utilizadas por profissionais do nível de atenção primária¹, especialmente aquelas que são designadas para a promoção da saúde? Sim, sem dúvida. Embora não estejam agrupadas em uma só classe, a NIC contém todas as intervenções utilizadas pelos enfermeiros para promover a saúde. São exemplos: Orientação antecipada, Apoio a tomada de decisão, Melhora do desenvolvimento: adolescente, Promoção de Exercícios, Educação em saúde, Controle de imunização/vacinação, Facilitação da aprendizagem, Controle da nutrição, Promoção da saúde oral, Promoção da integridade familiar, Identificação de risco, Assistência para parar de fumar, Prevenção do uso de drogas, Promoção da autorresponsabilidade e Controle do peso. A prescrição de medicamentos é uma intervenção utilizada por todos os enfermeiros com experiência em prática avançada.

6. A NIC abrange tratamentos utilizados por enfermeiros que trabalham em áreas de especialidades? Definitivamente, sim. Muitas intervenções da NIC requerem formação avançada e experiência na prática clínica. Por exemplo, as seguintes intervenções podem refletir o trabalho de um enfermeiro obstetra: Amnioinfusão, Cuidados durante o parto, Monitoramento eletrônico fetal: pré-parto, Facilitação do processo de parto: morte perinatal, cuidados na gestação de alto risco, Indução do trabalho de parto, Supressão do trabalho de parto, Controle da tecnologia reprodutiva e Ultrassonografia: Obstétrica. Uma lista semelhante pode ser identificada para a maioria das especialidades (Parte 4, Intervenções Essenciais para as Áreas de Especialidades de Enfermagem).

O American Board of Neuroscience Nursing incorporou a NIC em seus exames de certificação com base em análises do delineamento de papéis, as quais obtiveram informação para definir a atual prática de enfermagem em neurociências³. A American Association of Neuroscience Nurses incorporou a NIC nos padrões de organização da prática e tem identificado as intervenções principais para enfermagem em

neurociências, as quais aparecem na Parte Quatro deste texto. Susan Beyea² encoraja organizações de especialistas a usarem as linguagens padronizadas disponíveis no desenvolvimento de padrões e diretrizes de prática de enfermagem para a população de interesse.

7. A NIC inclui terapias alternativas? Reconhecemos que esta questão se refere a tratamentos que não fazem parte da tendência atual da prática médica norte-americana usual. As intervenções da NIC que poderiam ser listadas como terapias alternativas incluem acupressão, aromaterapia, treinamento da autossugestão, biofeedback, hipnose, rotina, facilitação da meditação, terapia de relaxamento e toque terapêutico. Muitas destas intervenções estão localizadas na classe de “Promoção do Conforto Psicológico”. Outras terapias alternativas serão adicionadas a NIC conforme passarem a fazer parte da prática aceita de enfermagem. A aromaterapia foi incluída pela primeira vez na quarta edição. As intervenções de NIC também estão incluídas no Alternative Link’s ABC codes¹ para serem utilizadas por provedores alternativos (com exceção de médicos) para documentação do tratamento com fins de reembolso.

8. Como encontro as intervenções que utilizo entre tantas apresentadas na NIC? A primeira vista, a NIC, com mais de 500 intervenções, pode parecer um exagero. Contudo, lembre-se de que a NIC compreende o domínio da prática de todos os enfermeiros. Um enfermeiro em particular usará regularmente somente uma parte das intervenções dispostas na NIC. Estas podem ser identificadas com a revisão na taxonomia das classes que sejam mais relevantes para uma determinada área de atuação profissional. Nas instituições que possuem sistemas informatizados de enfermagem, as intervenções podem ser agrupadas em classes taxonômicas, diagnósticos de enfermagem, população de pacientes (p. ex., queimaduras, cardíacos, maternidade), área de especialidade em enfermagem ou unidade. Muitos sistemas de computação também permitirão que enfermeiros individuais criem e mantenham um acervo pessoal com as intervenções mais utilizadas. Fomos comunicados por enfermeiros que utilizam a classificação, de que é possível identificar rapidamente um número relativamente pequeno de intervenções que refletem a essência de sua prática.

9. Posso modificar as atividades de uma intervenção quando utilizá-la com meu paciente? Sim. A linguagem padronizada é o título e a definição, e estes devem permanecer os mesmos para todos os pacientes e situações. As atividades podem ser modificadas para melhor refletirem as necessidades de cada situação. Estas são as vantagens da NIC: fornece ambas, uma linguagem padronizada que auxilia na comunicação das intervenções entre locais de atendimento e permite a individualização do cuidado. As atividades da NIC usam os modificadores “conforme apropriado”, “conforme necessário” e “conforme indicado” para refletir o fato de que as pessoas são únicas e podem precisar de diferentes abordagens. Como as atividades da NIC incluem pacientes de todas as idades, algumas atividades direcionadas a crianças podem não ser adequadas se forem empregadas em adultos (e vice-versa). Neste caso, tais atividades podem ser omitidas da lista de atividades da instituição. Além disso, as intervenções da NIC não se encontram no nível de especificidade de procedimento, e algumas instituições podem desejar ser mais específicas para refletir certos protocolos particulares desenvolvidos para suas próprias populações. As atividades podem ser facilmente modificadas para refletir isto. Ao mesmo tempo que acreditamos que estas atividades podem e devem ser modificadas para atender as necessidades individuais, nos preocupamos em que estas modificações não sejam tão acentuadas a ponto de tornar a lista original da NIC irreconhecível. Caso isto ocorra, então a intervenção poderá de fato não ser mais a mesma. Quaisquer atividades modificadas ou novas devem se ajustar à definição da intervenção. Além disso, quando uma atividade está sendo adicionada de forma regular para a maioria dos pacientes e populações, pode estar sendo necessária na listagem geral de atividades da NIC. Neste caso, encorajáramos o enfermeiro a apresentar o acréscimo ou a alteração da atividade proposta. Neste sentido, a lista de atividades continua refletindo a melhor prática corrente, sendo mais útil no ensino das intervenções a novos profissionais.

10. Como a NIC contribui para o desenvolvimento de teorias na enfermagem? Os títulos da intervenção são conceitos, que dão nomes aos tratamentos oferecidos pelos enfermeiros. As definições e atividades que acompanham os títulos oferecem a definição e a descrição das intervenções. O esclarecimento dos conceitos das intervenções contribui para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem e facilita a comunicação no âmbito da disciplina. À medida que aumenta a capacidade da enfermagem para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados, mais evolui a teoria prescritiva para a prática de enfermagem. A Classificação de Intervenções de Enfermagem NIC representa um desenvolvimento fundamental, pois fornece os elementos léxicos para teorias de média abrangência em enfermagem que irão unir diagnósticos, intervenções e resultados. As intervenções são o elemento-chave na enfermagem. Todos os outros aspectos da prática de enfermagem ficam para trás, e secundariamente, aos tratamentos que identificam e delineiam nossa disciplina. Embora a abordagem centralizada nas intervenções não diminua a importância do paciente; todavia, de uma perspectiva disciplinar, o fenômeno de interesse do paciente é importante porque pode ser influenciado pela ação do enfermeiro. Bulechek e Dochterman acreditam que o uso de linguagens padronizadas para os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem anuncia uma nova era no desenvolvimento da teoria de enfermagem, deslocando o foco anterior sobre a grande teoria para o desenvolvimento e utilização de teorias de enfermagem de média abrangência (veja os artigos que tem Blegen ou Tripp-Reimer como primeiro autores na lista de publicações do apêndice e para discussão sobre este assunto). A NIC pode ser utilizada com qualquer teoria de grande abrangência. Ela pode ser utilizada por qualquer instituição, área modelo assistencial, seja qual for a orientação filosófica.

11. A classificação inclui intervenções administrativas? A classificação inclui intervenções de cuidado indireto realizado pelos funcionários da equipe de enfermagem ou por enfermeiros de prática avançada, mas não inclui, em sua maior parte, aqueles comportamentos de natureza administrativa. Uma intervenção de cuidado indireto é o tratamento realizado por um provedor de cuidados direto, distante do paciente, embora em seu benefício ou de um grupo de pacientes. Uma intervenção administrativa é uma ação realizada por um enfermeiro administrador (gerente de enfermagem ou outro enfermeiro administrador) para aumentar o desempenho dos membros da equipe a fim de promover melhores resultados com pacientes. Algumas das intervenções da NIC, quando usadas por um administrador para melhorar o desempenho da equipe, seriam consideradas intervenções administrativas. A maior parte delas está localizada na taxonomia, no domínio do sistema de saúde. Deve ser notado que os limites entre intervenções de cuidado direto, indireto e administrativas não são rígidos, e algumas intervenções da NIC devem ser empregadas em vários contextos. Por exemplo, no hospital, o enfermeiro pode oferecer apoio ao cuidador como uma intervenção indireta administrada a um parente do paciente que está sendo atendido, porém o enfermeiro que trabalha no domicílio, tratando de uma família inteira, pode oferecer essa intervenção como cuidado direto. Com o acréscimo de mais intervenções para comunidades, adicionamos intervenções que tem uma natureza mais administrativa, como contenção de custos e gerenciamento de recursos financeiros. Essas intervenções, no entanto, são oferecidas pelo enfermeiro de atenção primária na comunidade, ou pelo enfermeiro gerente do caso, ambos em um papel administrativo maior.

12. Minha instituição de assistência em saúde precisa ser informatizada para utilizar a NIC? Não, a NIC pode ser utilizada em sistema manual de planejamento e documentação de cuidados. Se o sistema for manual, enfermeiros que não estejam familiarizados com a NIC precisarão ter acesso imediato ao livro da classificação. O livro também deve estar disponível para enfermeiros de instituições que possuem sistemas informatizados da NIC (consideramos que todas as unidades devem ter um livro da classificação e encorajamos que cada enfermeiro tenha seu próprio exemplar), porém, com um computador, a NIC pode ser arquivada e acessada eletronicamente. Os computadores facilitam o acesso às intervenções da NIC de várias maneiras (por enquanto por meio das classes taxonômicas e diagnósticos de enfermagem, mas também é possível fazê-lo através da população de pacientes, tipo de unidade, resultado, protocolo de cuidados etc.).

Os computadores podem facilmente armazenar uma infinidade de opções de apoio às decisões clínicas dos enfermeiros. A documentação do que é feito para os pacientes, utilizando computadores e uma linguagem padronizada, permite a construção de bancos de dados de enfermagem na instituição, no estado, na região e no país, para realização de pesquisas de eficácia. Se sua instituição não é informatizada, ajude-a tornar-se. Contudo você não deve esperar a aquisição de um computador para usar a NIC. A NIC é útil na comunicação dos cuidados de enfermagem com ou sem um computador.

13. Quando é necessário obter uma licença? Outras questões relacionadas incluem: **Por que preciso de uma licença? Por que a NIC não é de domínio público? Por que os direitos autorais da NIC são mantidos por uma editora?** Há necessidade de licença caso a NIC seja disponibilizada em um sistema informatizado de enfermagem ou se você utilizar uma parte substancial da classificação para obter lucros ou vantagens comerciais. A NIC é publicada e teve seus direitos autorais adquiridos pela Elsevier Inc. É a Mosby e não as autoras da NIC ou o Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness que processa as solicitações de permissão para uso da classificação. Veja na página II as instruções sobre quem contatar para obter a permissão de uso ou a licença.

Quando começamos a trabalhar na classificação NIC pela primeira vez, tínhamos pouca noção da magnitude do trabalho ou de seu uso atualmente amplamente disseminado, ou de que a NOC seria produzida em seguida. Procurávamos um modo de conseguir imprimir e disseminar o trabalho rapidamente. Como acadêmicos, estávamos familiarizados com o mundo editorial e, depois de realizar algumas revisões muito sérias de mecanismos alternativos e de conversar com outros editores, selecionamos a Elsevier Inc. como editora. Ela proporcionou muitas vantagens. Primeira, ela possui fontes e contatos para produzir um livro, para comercializá-lo e para vendê-lo. Além disso, a Elsevier Inc. possui recursos legais e profissionais habilitados para processar pedidos de permissão e proteger os direitos autorais. Isto é particularmente importante quando se trata de uma linguagem padronizada, onde a alteração de termos impedirá a realização do objetivo de se estabelecer a comunicação entre enfermeiros de diversas especialidades e entre locais de distribuição. Continuamos a ter um bom relacionamento com a Elsevier Inc. que envolve uma participação ativa e frequente em solicitações de permissões. Entendemos nosso relacionamento como uma parceria.

Os direitos autorais não restringem o uso legítimo. De acordo com as diretrizes da American Library Association, o uso legítimo permite que os materiais sejam copiados se: (1) a parte copiada for seletiva e limitada em comparação ao trabalho inteiro, (2) os materiais não forem utilizados repetidamente, (3) apenas uma cópia for feita por pessoa, (4) informações sobre a fonte e os direitos autorais estiverem incluídas em cada cópia, e (5) as pessoas não pagarem taxa pela cópia acima do custo real de reprodução. A determinação da quantidade que pode ser copiada com o uso justo está relacionada ao efeito de reprodução sobre as vendas do material original. A American Library Association defende que não mais de 10% de um trabalho deva ser copiado.

Quando alguém coloca a NIC em um sistema de informação que será utilizado por múltiplos usuários, há violação dos direitos autorais (trata-se um livro está sendo “copiado” para ser utilizado por centenas de enfermeiros), tornando necessário o estabelecimento de um acordo de licenciamento. Da mesma forma, quando alguém utiliza partes grandes da NIC em um livro ou em um software, o qual é vendido e gera lucros monetários para o indivíduo, torna-se necessário cobrar uma taxa de permissão. Faculdades de enfermagem e instituições de assistência em saúde que queiram usar a NIC em suas próprias organizações podem fazê-lo livremente, desde que não tenham intenção de vender um produto que venha a ser gerado no processo. Contudo, existem políticas de uso legítimo. Por exemplo, a NIC e a NOC não devem ser fotocopiadas e em seguida utilizadas em programas de ensino semestre após semestre. Os livros com a Classificação devem ser adotados para o uso dos alunos. De maneira similar, instituições de saúde devem comprar um número razoável de exemplares destes livros (diga-se um por unidade) ao invés de copiar as intervenções e colocá-las

em algum manual de procedimentos.

As solicitações de uso da NIC e da NOC devem ser enviadas para o Departamento de Licença da Elsevier (veja página I). Muitos dos pedidos de licença de uso não violam os direitos autorais, sendo a permissão concedida sem cobrança de nenhuma taxa. Existe uma taxa maior que é cobrada pela incorporação da NIC à base de banco de dados de um fabricante de softwares, e uma taxa de sublicença para cada sublicença obtida com base no número de usuários. As taxas são razoáveis e uma parte substancial delas está sendo repassada para o Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness para ajudar no suporte ao desenvolvimento e ao uso da NIC.

14. Como explico ao administrador de minha instituição que é necessário obter uma licença? Em primeiro lugar, queremos enfatizar que somente o uso em um sistema informatizado requer a obtenção da licença e o pagamento de uma taxa. Se você quer utilizar a NIC manualmente ou para um projeto particular que não viole os direitos autorais, continue. Segundo nossa experiência, são os enfermeiros e não os administradores de serviços de saúde que não estão familiarizados com as licenças e taxas. A maioria das outras classificações de cuidados em saúde adquiriu seus direitos autorais, sendo necessário pagar taxas para sua utilização. Por exemplo, a Terminologia Atualizada de Procedimento (CPT, Current Procedural Terminology) adquiriu seus direitos autorais através da American Medical Association, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) adquiriu os direitos autorais junto a American Psychiatric Association, e a Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED, Systematized Nomenclature of Medicine) obteve os direitos autorais através da Faculdade de Patologistas. Atualmente, as instituições de assistência em saúde pagam taxas de licença regularmente, porém a maioria das enfermeiras não sabe disso. Em um hospital de assistência terciária localizado no Meio-Oeste, 97 fornecedores de produtos de software estão instalados sendo gastos mais de U\$1.220.000,00 anualmente em taxas de licença de software.

Estas taxas de licença geralmente estão incluídas como parte do custo de um software. A NIC pode ser licenciada através da Elsevier (uso da linguagem) para incorporação de um sistema de informação já existente ou adquirido de um fornecedor que possua exemplares do software. Conforme mais enfermeiros passam a compreender as vantagens da utilização de uma linguagem padronizada e assim, passam a desejar sua inclusão nos novos sistemas de informação que compram, mais fornecedores incluirão a NIC em seus produtos.

Em enfermagem, nenhuma das organizações profissionais possui recursos para manter a NIC, de modo que outro caminho é necessário. Aqueles que pertencem à área médica têm-nos dito que ter a classificação alojada em uma universidade trás vantagens sobre o modelo organizacional profissional, no qual as políticas (o que está dentro e o que está fora) podem interferir. O desenvolvimento e a manutenção contínuos requerem, no entanto, recursos financeiros. As classificações e outros trabalhos de domínio público costumam ser aqueles para os quais não há manutenção – você pode usar o que está disponível lá, mas não espere que isto seja atualizado. Temos uma preocupação em tornar a NIC o mais acessível possível, porém também nos preocupamos em recolher as taxas para que possamos ter um fluxo de rendimentos para financiar o contínuo trabalho de manutenção.

15. Devemos usar uma classificação de enfermagem quando a maior parte dos cuidados de saúde está sendo prestado por equipes interdisciplinares? Ocasionalmente ouvimos algo como “Não podemos usar nada que esteja com a marca ou que tenha vindo da enfermagem quando tudo está se tornando interdisciplinar”. A propósito, ouvimos isto mais de enfermeiros que de médicos ou outros que detenham o poder na área da interdisciplinaridade. Ao mesmo tempo, admite-se que usar a linguagem médica não viola esse princípio interdisciplinar artificial. Defendemos que enfermeiros que fazem parte de uma equipe interdisciplinar voltada ao desenvolvimento e implementação de um registro computadorizado e integrado

dos cuidados de um paciente devem, na verdade, ser porta-vozes do uso da NIC e da NOC. Sim, pois estas classificações trazem a palavra enfermagem em seus títulos, porque foram elaboradas indutivamente por meio de pesquisa realizada por enfermeiros e baseada no trabalho de enfermeiros. Tomadas em conjunto refletem a disciplina de enfermagem, porém qualquer intervenção individual pode ser realizada por outros tipos de provedores, sendo que qualquer resultado pode ser influenciado por tratamentos realizados por outros provedores como também por muitos outros fatores. Trata-se de uma situação em que a enfermagem possui algo valioso que os demais provedores de cuidados, em sua maioria, não possuem e que permite a documentação da contribuição dos enfermeiros, podendo ser utilizada ou adaptada e empregada por outros, caso assim o desejem. Os enfermeiros não devem recuar em conversas sobre tais iniciativas da área de enfermagem, ao invés disso, devem permanecer orgulhosos e oferecê-los como uma contribuição da enfermagem ao objetivo interdisciplinar de obter um registro informatizado de pacientes que possa ser útil em qualquer lugar e em qualquer especialidade.

Isto não é incompatível com a posição de ser um bom membro de equipe em um ambiente interdisciplinar. Para que os resultados estejam ao alcance de equipes interdisciplinares, é essencial que os enfermeiros que fazem parte destas equipes comuniquem suas perspectivas e conhecimento específicos. O que é um bom membro de equipe? Existem três qualidades essenciais: (1) a pessoa tem algo que contribui para o completo funcionamento da equipe, (2) a pessoa é boa no que faz, e (3) os demais entendem o que a pessoa é capaz de fazer. Um time de *baseball* acolheria de bom grado um membro que não fosse capaz de jogar em nenhuma posição e que fosse um mal batedor? Definitivamente não. Eles saudariam alguém que fosse ávido por ajudar mas que fosse incapaz de dizer como poderia fazer isso? Talvez, contudo essa pessoa acabaria por ser o(a) copeiro(a) ao invés de jogar em uma posição. Ser um bom membro de equipe significa que a pessoa tem algo com que contribuir e comunicar suas ideias. Os times de *baseball* enfatizam a importância de papéis e habilidades específicas e diferentes de seus membros. Ninguém sugere que pelo fato de um membro da equipe ser chamado de lançador ou aquele situado próximo à segunda base, que ele não seja um membro do time. Não se diz aos jogadores que eles não são bons membros do time se eles aperfeiçoam seus conhecimentos individuais e habilidades e forem agradecidos por seu desempenho individual. Um time de *baseball*, ou qualquer outra equipe com a mesma importância, melhora sua eficiência maximizando e integrando as contribuições individuais de cada um de seus membros. Os responsáveis pelos times iriam, sem dúvidas, rir da ideia de que eles deveriam esconder e minimizar as contribuições de cada membro do time com o intuito de aumentar a eficiência do time.

Algumas pessoas sugerem que deveria haver apenas uma linguagem partilhada por todas as disciplinas da saúde. Se isto fosse possível, acreditamos que essa linguagem única deveria desenvolver-se de maneira indutiva, compartilhando linguagens atualmente existentes e acrescentando elementos a ela. Talvez, com o tempo, possamos construir uma linguagem ampla e comum na qual alguns termos de intervenções e resultados sejam compartilhados por muitos provedores de cuidados. Entretanto, mesmo que possamos construir tal linguagem, esta sempre será utilizada em partes uma vez que o todo deverá ser muito extenso para se aprender, comunicar e estudar, e todas as intervenções e resultados não são assunto de todas as disciplinas. Essa linguagem imensa será fragmentada e utilizada em partes, pelas mesmas razões pelas quais há disciplinas – o todo é grande e complexo para ser dominado por uma só pessoa, daí as diferentes disciplinas representarem as diferentes perspectivas especializadas.

16. Desejo implementar a NIC em minha instituição. Qual seria o melhor modo de fazer isso? Outras questões relacionadas incluem: **Devo implementar a NIC e a NOC ao mesmo tempo? Devo implementar a NIC ao mesmo tempo que oriento os enfermeiros sobre um novo sistema de informática? Isto deve ser feito apenas em uma unidade-piloto primeiro ou colocar em prática em todas as unidades ao mesmo tempo?** O [Capítulo 3](#) trata deste assunto. Em particular, veja as etapas para a implementação no [Quadro 3-2](#), no caso de instituições de prática clínica, e o [Quadro 3-9](#) no caso de instituições de ensino. Também existem

outros materiais úteis no **Capítulo 3**, como uma lista de leituras úteis relacionadas à mudança e avaliação. Quanto às questões relacionadas a quanto deve ser feito de uma vez, não há um meio correto. Isso realmente depende da situação e da quantidade e natureza das alterações, das reservas e do suporte disponíveis, e das limitações de tempo. O livro da NOC trás muitas sugestões úteis sobre sua implementação. Aconselhamos ter cautela para não fazer muitas alterações de uma vez, pois seria impossível lidar com tudo. Por sua vez, não se deve promover uma mudança em partes muito pequenas por tempo demasiado. Registros duplicados (registrar a mesma coisa em mais de um local) é o mesmo que cometer um erro duas vezes. Testar uma mudança em um local em que ela funcionaria (ou seja, começar em uma unidade onde a enfermeira-chefe e a equipe são favoráveis a ela) é sempre uma boa ideia. É importante dar tempo para treinamento e ter o suporte de uma equipe disponível quando uma mudança é feita pela primeira vez. Margaret Lunney¹⁴ publicou um artigo sobre como ajudar a equipe de enfermeiros a utilizar o NANDA, a NIC e a NOC como tornar a assistência de saúde um registro eletrônico. O Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness possui um curso disponível na internet, sobre o básico da linguagem padronizada, NIC e NOC é uma boa ferramenta de ensino. É importante, no início, pensar-se a respeito do uso dos dados futuramente, além dos propósitos iniciais de planejamento e documentação de cuidados. O **Capítulo 3** também aborda a ideia de estabelecer um banco de dados abrangente para pesquisas de eficácia futura.

17. Como comparar a NIC com outras classificações? A ANA reconhece 12 terminologias para a infraestrutura de informação da prática de enfermagem. Algumas são conjuntos de elementos de dados, algumas são terminologias de interface e outras são terminologias multidisciplinares. As relações entre terminologias conhecidas e conjuntos de elementos de dados podem ser encontradas no endereço eletrônico <http://www.ana.org/np/relationship.htm>.

Comparada a outras classificações, a NIC é a mais abrangente em termos de intervenções. De todas as classificações, somente a NANDA-I, NIC e NOC são abrangentes e possuem trabalhos de pesquisa em andamento para manterem-se atualizadas. As relações que ligam estas classificações¹² e a proposta de uma estrutura organizacional comum⁹ apresentam aos usuários um sistema de classificação abrangente que pode ser utilizado para documentar tratamentos por meio de cenários e especialidades.

18. Em um plano de cuidado, qual a estrutura para a NIC e da NOC? Qual você escolheria e em qual pensaria primeiro? A resposta a esta pergunta reflete a tomada de decisão clínica do cuidador, ao planejar e distribuir a assistência. As pessoas têm abordagem diferentes para esta questão, refletindo o que aprenderam durante sua formação com aperfeiçoamento por meio do que acreditam ser o melhor para elas e para sua população característica de pacientes. Como uma abordagem geral, sugerimos que o diagnóstico seja elaborado primeiro, para depois serem relacionados os resultados e indicadores, segundo os quais irão classificar os pacientes. Em seguida deve haver a escolha das intervenções e atividades apropriadas e sua implementação, para então avaliar novamente os resultados. Se você quer estabelecer metas, estas podem ser derivadas dos resultados presentes na NOC – por exemplo, o paciente está em nível 2 quanto ao resultado X e, na ocasião da alta, deverá estar no nível 4. Algumas vezes, em algumas situações, este processo não é possível e nem mesmo desejável, e será necessário usar uma sequência diferente. Por exemplo, durante uma crise, você deverá, imediatamente, implementar a intervenção deixando o diagnóstico e o resultado para uma etapa posterior. A vantagem das classificações padronizadas é proporcionar uma linguagem para a base do conhecimento de enfermagem. Educadores e outros profissionais agora podem concentrar-se no ensino e na prática de habilidades na produção da decisão clínica. Pesquisadores podem se concentrar em examinar os efeitos das intervenções sobre os resultados do paciente em situações reais da prática. Observe o modelo apresentado no **Capítulo 3** que mostra como a linguagem padronizada pode ser usada em nível individual, em nível de unidade/organizacional e em nível de rede/estado/país.

19. O que é um modelo referencial de terminologia? Por que estão sendo desenvolvidos? Tais modelos

irão tornar classificações como a NIC obsoletas? Um Modelo de Terminologia de Referência (TR) identifica a parte de um conceito (ou seja, as partes de qualquer diagnóstico e intervenção) que podem ser utilizadas “por trás das telas” em sistemas informatizados, para auxiliar estes sistemas a “conversarem uns com os outros”. Por exemplo, uma intervenção pode consistir em uma ação, um receptor e uma via. Quando estávamos na escola secundária na década de 1960, éramos so licitados a fazer diagramas de sentenças seguindo uma ordem que permitisse aprender as partes que compõem uma sentença (p. ex., substantivo, verbo, advérbio). Uma TR é algo que ajuda a representar conceitos de uma forma semelhante. Teoricamente, uma TR permite que vocabulários diferentes (p. ex., NIC e Sistema de Omaha) sejam projetados para uma TR e assim comparados entre si. Dissemos teoricamente porque esta abordagem ainda não foi testada na prática. Em 1999, Judy Ozbolt organizou a Nursing Vocabulary Summit Conference que era realizada anualmente em Vanderbilt devido à identificação de uma necessidade para desenvolver e testar um modelo de terminologia de referência¹⁷. No final dos anos 1990 e início da década de 2000, houve uma disseminação de modelos de terminologia. Entre os exemplos estão, HL7 (nos Estados Unidos para todos da assistência de saúde), CEN (na Europa para todos da assistência de saúde), SNOMED Clinical Terms (CT, para uso nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha) e International Organization for Standardization (ISO)-Nursing (internacionalmente para enfermagem). Consideramos que a International Classification of Nursing Practice (INCP), em sua versão beta com seus eixos, é uma TR que pode ajudar muito mais “por trás das telas” do que a utilidade que proporciona para os enfermeiros da prática como uma “terminologia de interface”. Um Modelo de Terminologia de Referência algumas vezes é chamado de Modelo de Informação de Referência e apesar de aqueles que pertencem à área da informática afirmarem que existem diferenças entre ambos, estas são difíceis de ser distinguidas.

Uma segunda parte desta questão é se a criação de uma TR fará com que classificações como a NIC se tornem obsoletas. Não, a NIC é uma linguagem avançada, projetada para a comunicação entre enfermeiros e entre estes e outros provedores. Desejamos que os enfermeiros consigam escrever e falar usando a NIC. Por sua vez, as TRs são para o uso “por trás das telas”: se forem bem-sucedidas ajudarão fornecedores a fabricar sistemas computacionais que possam usar e comparar diferentes linguagens utilizadas na prática avançada. As TRs são bem difíceis de ser compreendidas e não tem utilidade na clínica. Mesmo que permitam ao usuário documentar uma assistência com suas próprias palavras (em contraposição à linguagem padronizada), não se trata de algo desejável para a profissão (exceto para uma seção de observações de texto livre, que suplementa e elabora a linguagem padronizada), uma vez que ainda teríamos o problema da falta de comunicação entre nós mesmos e os outros em relação a nós. Não queremos passar a impressão de que vocês necessitam de uma TR para poder ter um sistema computacional, pois na verdade vocês não precisam. Vocês podem colocar as classificações clínicas em certos campos e usar as ligações identificadas para ajudar os usuários a acessá-las. Entretanto, sempre precisamos de uma linguagem comum para comunicar o trabalho de enfermagem – o objetivo da NIC é ser exatamente isto.

20. Existe algum software disponível no mercado que inclua a NIC? Existem fornecedores que possuem softwares de enfermagem clínica com a NIC inclusa? Um número crescente de fornecedores está incluindo a NIC em seus sistemas de informação. Em 2006, os fornecedores que tinham assinado acordos de licenciamento para a utilização da NIC eram: **American HealthNet, Inc.**, Omaha, Nebraska (<http://www.americanheathnet.com>); **Cerner**, Kansas City, Missouri (<http://www.cerner.com>); **Dairyland Healthcare Solutions**, Louisville, Kentucky (<http://www.dhsnet.com>); **DxR Development Group**, Carbondale, Illinois (<http://www.dxrgroup.com>); **Ergo Partners**, Lake Quivira, Kansas (<http://www.ergopartners.com>); **McKesson Corporation**, Alpharetta, Geórgia (<http://www.mckesson.com>); **Nurses’s Aide LLC** (para enfermeiros escolares), Keller, Texas (<http://www.nurseaide.net>); **Purkinje, Inc.**, Montreal, Canadá (<http://www.purkinje.com>); **Sanum** (antiga STS), Grinstad, Norway (<http://www.sts.no>); **SNOMED**, Northfield, Illinois (<http://www.snomed.com>); **Tech Time, Inc.**, Billings, Montana

(<http://www.techtimeinc.com>); **The Ceridwen Group, LLC** (o produto é chamado *Knowledge Central for Healthcare*), Bellingham, Washington (<http://www.hcknowledgecentral.com>); e **Typhon Group, LLC**, Metairie, Louisiana (<http://www.typhongroup.com>). Outros acordos de licenciamento estão em processamento. Não endossamos nenhum produto em particular e usuários futuros devem contatar os fornecedores diretamente para revisão de seus produtos. Outros softwares têm sido desenvolvidos para fins específicos e não estão comercialmente disponíveis no momento, ao menos até a presente data. Por exemplo, o governo da Islândia deu um mandato para o uso da NANDA, NIC e NOC em todas as suas instalações e tem produzido softwares (eMR) (A. Thoroddsen, comunicação pessoal, 14 de novembro de 2002) para comunicar assistências e coletar dados. Outro exemplo é o software para coletar dados de pesquisa fabricado por Gail Keenan e seus colaboradores em Michigan¹³. Acreditamos que a inclusão da NIC na SNOMED CT facilitará e encorajará a incorporação da NIC a outros produtos comercializados. Caso seu fornecedor não faça a inclusão da NIC, pergunte sobre seus planos futuros durante as reuniões com usuários NIC. Os fornecedores fabricarão seus produtos de acordo com a demanda dos usuários. Os enfermeiros precisam conversar e exigir uma linguagem padronizada que seja incluída nos sistemas de informação clínica.

CENTER FOR NURSING CLASSIFICATION AND CLINICAL EFFECTIVENESS (CNC)

Como nos referimos várias vezes ao CNC neste capítulo, pareceu-nos prudente fornecer um pouco mais de detalhes sobre o centro, o qual está localizado no centro está na Faculdade de Enfermagem, na Universidade de Iowa. O centro foi aprovado pelo Iowa Board of Regents (o órgão do governo que fiscaliza as três universidades públicas do estado) em 1995, com o nome de Center for Nursing Classification. Em 2001 o nome foi expandido para Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. O objetivo do Centro é facilitar o desenvolvimento e uso contínuo da NIC e da NOC. O Centro conduz os processos de revisão e procedimentos para atualizar as classificações, dissemina materiais relacionados às classificações, cuida de um escritório de apoio para assistir investigadores em potencial a obterem fundos, e oferece oportunidades em pesquisa e educação para estudantes e visitantes. O Centro abastecer uma estrutura para a manutenção continuada das classificações e para comunicação com os muitos enfermeiros entre outros nas instalações de educação e assistência de saúde, que estão colocando as linguagens em seus currículos e sistemas de documentação. O centro está fisicamente localizado em três salas no quarto andar do prédio da Faculdade de Enfermagem. Um das salas é uma sala de conferências com uma pequena biblioteca. Atualmente (2006), Sue Moorhead é a diretora e Sharon Seeney é a coordenadora. Ambas são auxiliadas em suas tomadas de decisões por um conselho executivo composto pelos editores dos livros da NIC e da NOC, bem como alguns outros poucos indivíduos. Os “membros” ajudam com o trabalho do centro. O apoio financeiro para o centro é proveniente de várias fontes, incluindo os fundos da universidade e da faculdade, os lucros gerados através da concessão de licenças, permissões e produtos relacionados a NIC e a NOC, e publicações relacionadas, privilégios e rendimentos obtidos com os cursos oferecidos pelo centro. O centro está sob um mandato que determina sua autossustentabilidade e segundo esta finalidade tem levantado fundos, com a assistência do Fundraising Advisory Board e da University of Iowa Foundation, de U\$1 milhão em doações. No outono de 2006, o dinheiro levantado com as doações foi de pouco mais de U\$730 mil. As doações são necessárias para garantir alguma segurança permanente para o trabalho do centro a longo prazo.

O centro publica o *The NIC NOC Letter* e o relatório anual do centro. Estas e outras informações sobre o centro e seus produtos e acontecimentos podem ser encontradas no website: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>. O centro recebe visitantes que vêm para um curto período de estudos, bem como acadêmicos nacionais e internacionais que ficam por um período maior para trabalhar em um projeto. O centro tem patrocinado o Institute for Informatics and Classification que vem sendo realizado em junho na cidade de Iowa, Iowa, desde 1988. Este instituto proporciona uma experiência intensiva em informações atuais sobre as classificações e seus usos, bem como edições de ponta sobre informática. Um

curso na internet sobre assuntos básicos da linguagem padronizada e a NANDA-I, NIC e NOC é oferecido pelo centro. Também é oferecida orientação a instituições que estejam implementando a NIC e a NOC conforme a disponibilidade de tempo.

RESUMO

Este capítulo fornece uma revisão da NIC e do Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, onde a classificação é mantida. Uma breve revisão de quatro projetos relacionados – Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação da Extensão do Diagnóstico de Enfermagem (NDEC), Aliança NNN e o Conjunto de Dados Mínimos de Supervisão de Enfermagem (NMMDS) – também está inclusa. Uma série de dúvidas frequentes sobre NIC é apresentada e respondida. O capítulo proporciona um modo conveniente de se familiarizar rapidamente com a NIC, porém usuários que queiram saber mais também irão desejar ler outras publicações que forneçam mais detalhes sobre muitos tópicos aqui tratados. Incluímos uma bibliografia suficientemente completa sobre artigos que tratam da NIC preparados por autores de Iowa, entre outros.

Leituras Sugeridas

Alternative Link, Inc. ABC coding manual for integrative healthcare, 7th ed. Albuquerque: Alternative Link, Inc., 2005.

Beyea S. Nursing specialties: Structured vocabularies, synergy of efforts—a win-win for nursing. *Nursing Diagnosis*. 2001;12(2):63-65.

Blissitt P.A., Roberts S., Hinkle J.L., Kopp E.M. Defining neuroscience nursing practice: The 2001 role delineation study. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2003;35(1):8-15.

Center for Nursing Classification, Cox R.Preparer. Standardized nursing language in long term care. Iowa City: Center for Nursing Classification, 2000.

Center for Nursing Classification. NIC interventions and NOC outcomes linked to the OASIS Information Set. Iowa City: Center for Nursing Classification, 2000.

Craft-Rosenberg M., Delaney C., Denehy J., NDEC Research Team. Nursing Diagnosis Extension Classification (NDEC): History, methods, completed work, and future directions. In: Rantz M., LiMone P., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; 1999:71-218.

Delaney C., Huber D. A Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS): Report of an invitational conference. Chicago: American Organization of Nurse Executives, 1996.

Dochterman, J.M., & Jones, D. (2001). *Collaboration in nursing classification: A conference*. National Library of Medicine Conference Grant Proposal, R13 LM07243

Dochterman J.M., Jones D., editors. Harmonization in nursing language classification. Washington, DC: American Nurses Association, 2003.

Finesilver C., Metzler D., editors. Curriculum guide for implementation of NANDA, NIC, and NOC into an undergraduate curriculum. Iowa City: Center for Nursing Classification and Effectiveness, the University of Iowa, 2002.

Iowa Intervention Project. NIC interventions linked to Omaha system problems. Iowa City: Center for Nursing Classification, 1996.

Johnson M., Bulechek G., Butcher H., Dochterman J., Maas M., Moorhead S., Swanson L. NANDA, NOC, and NIC linkages, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2006.

Keenan G.M., Stocker J.R., Geo-Thomas A.T., Soparkar N.R., Barkauskas V.J., Lee J.L. The HANDS project: Studying and refining the automated collection of a cross-setting clinical data set. *Computers in Nursing*. 2002;20(3):89-100.

Lunney M. Staff development: Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *Journal of Nursing Administration*. 2006;36(3):118-125.

Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., editors. Nursing outcomes classification (NOC), 3rd ed., St. Louis: Mosby, 2004.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Nursing diagnoses: Definitions & classification, 1999-2000. Philadelphia: NANDA, 1999.

Ozbolt J. Terminology standards for nursing: Collaboration at the summit. *Journal of the American Informatics Association: JAMIA*. 2000;7(6):517-522.

¹ Nota da Tradução: “Primary care practitioner” representa, nos Estados Unidos, enfermeiros que atuam em serviços de saúde que oferece assistência a uma determinada comunidade, no nível da atenção primária.

Desenvolvimento, Testes e Implementação da NIC: 1987-2007

O INÍCIO

Algumas vezes nos perguntam sobre como tudo começou. Em 1987, McCloskey e Bulechek estabeleceram um grupo de pesquisa para desenvolver a classificação das intervenções de enfermagem paralelamente à classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-I. Temos ministrado, há vários anos, um curso sobre conceitos no Programa de Mestrado Saúde do Adulto, que começou a tratar de diagnóstico de enfermagem e posteriormente em diagnósticos e intervenções. Fizemos algum trabalho conceitual para um livro sobre intervenções de enfermagem independentes⁹. Após participarmos da conferência de NANDA-I em St. Louis, Missouri, em 1986, percebemos que a profissão precisava de uma classificação de intervenções considerando que, quando alguém faz um diagnóstico, é preciso tomar uma atitude a respeito dele. Tínhamos conhecimento, motivação e interesse em iniciar tal tarefa. Não sabíamos, naquela época, de que modo iríamos fazer isso e, se soubéssemos tudo o que envolveria, provavelmente não teríamos iniciado essa jornada entusiasmadora, porém desgastante.

Começamos convidando oito pessoas (todos colegas da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa) para um *brainstorming* de duas horas para discutir a ideia de desenvolver uma classificação de intervenções. Cada um destes oito indivíduos foi escolhido devido a determinada experiência específica. Juntas, totalizando 10 pessoas, representávamos o todo da enfermagem. Alguns eram especialistas em pediatria e outros em gerontologia, alguns tinham conhecimentos de clínica, alguns tinham conhecimentos administrativos, alguns qualitativos e outros quantitativos. Ao final do primeiro encontro não resolvêramos nada, porém a ideia havia sido apresentada e discutida. O grupo foi, então, solicitado a comprometer-se em comparecer a mais três encontros nos meses seguintes. Ao final daqueles três encontros, todos foram solicitados a se comprometer a permanecer como membros da equipe de pesquisa por mais um ano. Durante o primeiro ano de trabalho, enquanto decidíamos acerca de questões conceituais, nos veio a ideia de que deveríamos construir e elaborar as extensas fontes de dados para o planejamento e documentação dos cuidados de enfermagem. Isto nos levou a pesquisar possíveis fontes de dados em sistemas de informação. Tínhamos conhecimento de que uma imensa base de dados de prescrições de enfermagem era utilizada pelo hospital de nossa universidade, e pedimos para utilizá-lo como uma fonte de dados inicial. Como condição para o uso do banco de dados, a diretora de enfermagem solicitou que dois membros de sua equipe fossem incluídos na equipe de pesquisa. Este acréscimo de dois membros da área clínica foi importante e nos ajudou a ampliar a perspectiva da equipe. Conforme outras pessoas da faculdade e do hospital tomavam conhecimento da equipe, pediam-nos para participar. Durante os 20 anos que se passaram desde o início do projeto, temos contado com aproximadamente 80 indivíduos participando ativamente no trabalho de equipe. Estes indivíduos representam muitos cenários acadêmicos e clínicos diferentes, e múltiplas áreas de especialidades. A maioria dos indivíduos tem permanecido na equipe de pesquisa por vários anos. Em 1995, o Center for Nursing Classification foi fundado na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa (Cap. 1) para auxiliar o desenvolvimento em andamento da NIC e da NOC. Em 2002 o nome do centro foi expandido para Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. Também em 2002, com o trabalho continuado sendo mantido em sua maior parte nas Classificações, implementação e pesquisa sobre eficácia com base em sua utilização na prática, as equipes de pesquisa de ambas, NIC e NOC, tornaram-se membros indicados, para atuarem em três anos no Center for Nursing Classification and Clinical

Effectiveness.

ANTES DA NIC: RAZÕES PARA DESENVOLVÊ-LA

As classificações existem desde os primeiros tempos. Por exemplo, no século XI, um monge chamado Guido d'Arezzo inventou a escala musical (escala de Guido), e graças a esta invenção, hoje em dia um músico de qualquer país pode ler ou tocar qualquer composição de qualquer parte do mundo⁵⁹. Outros exemplos são os símbolos dos elementos químicos e as categorias da Biologia (ou seja, filo, classe, ordem, família, gênero, espécie e variedade) que organizam os seres vivos em grupos relacionados. As classificações ordenam nosso meio ambiente e ajudam a nos comunicarmos uns com os outros. Um pequeno cão Terrier de orelhas naturalmente caídas, porém geralmente com as orelhas cortadas para demonstrações, que gosta de por a correia, é uma miniatura de Schnauzer (e esta descrição pode servir para outros cães também). Uma cadeira de aparência formal, e confortavelmente almofadada, de espaldar alto, muito usada em salas de estar, é uma cadeira Queen Anne. As classificações ajudam no avanço da base do conhecimento de um determinado campo por meio da organização do conhecimento e da descoberta dos princípios que governam o que é conhecido. Elas também identificam lacunas no conhecimento que podem, então, serem resolvidas por meio da pesquisa. Além disso, as classificações facilitam o entendimento. Por exemplo, quando enfermeiros usam uma linguagem comum para falar de seus planos de cuidados, a comunicação entre eles aumenta e o paciente é beneficiado por uma maior continuidade da assistência, em todos os turnos e em todas as unidades de atendimento. A NIC foi desenvolvida por várias razões.

Razão Número Um: Padronização da Nomenclatura de Tratamentos de Enfermagem

O fenômeno de interesse relacionado às intervenções de enfermagem é o comportamento ou atividade dos enfermeiros, ou seja, aquilo que o enfermeiro faz para auxiliar a mudança no estado ou no comportamento do paciente em busca de um resultado desejado. Este fenômeno é diferente dos diagnósticos de enfermagem ou dos resultados dos pacientes que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, nos quais o fenômeno de interesse é o comportamento ou o estado do paciente. Foi necessário criar uma classificação de intervenções de enfermagem para padronizar a linguagem que os enfermeiros usam para descrever seus comportamentos específicos quando comunicam tratamentos de enfermagem. Antes da NIC, eram utilizados múltiplos termos para a etapa da intervenção do processo de enfermagem (p. ex., *ação*, *atividade*, *intervenção*, *tratamento*, *terapêutica*, *ordem* e *implementação*). Havia confusão entre intervenção, levantamento de dados e avaliação, bem como uma falta de conceitualização quanto ao que constitui uma intervenção. As intervenções eram descritas em um nível muito discreto de detalhes, por exemplo:

Posição de um membro com sacos de areia.

Elevar a cabeça da cama em 30 graus.

Investigar a necessidade de atenção do paciente.

Observar a tosse.

Examinar as unhas procurando anormalidades.

Monitorar o padrão respiratório.

Havia pouca conceitualização de como essas ações se combinavam para formar as intervenções. As consequências eram planos de cuidados extensos e que raramente eram utilizados, e sistemas de informação de enfermagem que continham milhares de ações de enfermagem, embora os enfermeiros escolhessem um

número muito menor delas. Os livros-texto de enfermagem também focalizavam as intervenções de enfermagem em nível mais superficial. Tipicamente, os livros-texto incluíam longas listas de ações de enfermagem para cada tipo de paciente. A lista de um livro não era a mesma lista existente em outro, ainda que o mesmo tipo de paciente estivesse sob discussão. As listas seriam alteradas a cada nova edição.

Em contrapartida, os títulos das intervenções da NIC são conceitos implementados por um conjunto de atividades de enfermagem (ações) direcionadas no sentido da resolução de problemas reais ou potenciais de cuidados de saúde do paciente. Um enfermeiro é capaz de descrever o cuidado oferecido a qualquer paciente usando apenas alguns títulos.

Na outra extremidade, havia também o início de esquemas de classificação de intervenções de enfermagem. Por exemplo, os componentes da enfermagem básica de Henderson³¹, a taxonomia de cuidados de enfermagem ambulatoriais de Verran⁷², os oito domínios de enfermagem de Benner⁸, esquema de classificações de intervenções de Omaha^{44,73}, as categorias de atividades de enfermagem do estudo do National Council of State Board⁴², a Classificação Internacional de Conhecimentos de Enfermagem de Sigma, Theta Tau⁶⁶, a taxonomia de intervenções de enfermagem ainda em estágio inicial de Bulechek e McCloskey¹⁰, as listas do conjunto de dados mínimos das intervenções⁷⁴ e a Classificação dos Cuidados de Saúde em Domicílio de Saba e colaboradores^{64,65}. A maioria destes esquemas continha apenas amplas categorias que não são clinicamente úteis. (Veja uma revisão e uma listagem mais detalhadas destes esquemas em qualquer uma das duas publicações prévias^{48,49}.) Os esquemas que continham intervenções úteis do ponto de vista clínico (Omaha, Sigma Theta Tau, Bulechek e McCloskey e Saba) estavam incompletos. (Um artigo comparando a NIC com as classificações de Omaha e Saba foi publicado no Journal of Nursing Administration em 1993⁵⁶.)

Resumindo, antes da NIC, as intervenções de enfermagem eram vistas como longas listas de ações isoladas ou como amplas categorias. Havia a necessidade da existência de uma linguagem clinicamente útil entre estes dois extremos.

Razão Número Dois: Expansão do Conhecimento de Enfermagem sobre as Ligações Existentes entre Diagnósticos, Intervenções e Resultados

A utilização amplamente disseminada da linguagem de diagnósticos de enfermagem NANDA-I havia aumentado a consciência da necessidade de classificações padronizadas similares nas áreas de intervenções e resultados. O ímpeto para o desenvolvimento das diretrizes desenvolvidas pela Agency for Health Care Policy and Research¹ esclareceu ainda mais essa necessidade. As diretrizes foram propostas para auxiliar os profissionais a determinarem quais dos vários cursos de ação tinham a maior probabilidade de produzirem resultados eficazes, dado o conjunto particular de circunstâncias que cercam a condição de um paciente. Em outras palavras, quais intervenções são conhecidas por serem mais eficazes para pacientes com um diagnóstico em particular ou um conjunto de diagnósticos? A Medicina tem utilizado bancos de dados padronizados para coletar rotineiramente quantidades enormes de dados clínicos computadorizados e dos dados começou a explorar resultados em função de intervenções médicas. Em contrapartida, o conhecimento de enfermagem sobre a efetividade da assistência de enfermagem é limitado. Terminologias padronizadas nas áreas de diagnósticos, intervenções e resultados são necessárias para a construção de grandes bancos de dados que ajudariam a determinar as ligações entre tais variáveis. Quando os enfermeiros fizerem a documentação sistematizada dos diagnósticos de seus pacientes, das intervenções que realizam e dos resultados de enfermagem destes pacientes utilizando uma linguagem comum padronizada, então seremos capazes de determinar quais intervenções de enfermagem funcionam melhor para um determinado diagnóstico ou para uma dada população. A assistência de enfermagem para a população não apenas irá melhorar, como também a enfermagem ganhará reconhecimento profissional por esta clara contribuição aos resultados

desejados dos pacientes.

Razão Número Três: Desenvolvimento de Sistemas de Informação de Assistência de Enfermagem e Saúde

A documentação dos cuidados de enfermagem está cada vez mais informatizada. Até a NIC ser desenvolvida, não havia um sistema padronizado para descrever os tratamentos que os enfermeiros realizam. As instituições desenvolveram seus próprios conjuntos de prescrições ou ações de enfermagem, copiando ideias umas das outras, usando listas de normas que haviam sido geradas de planos de cuidados utilizados na instituição, ou promovendo sessões de *brainstorming*. Como as intervenções de enfermagem tradicionalmente eram consideradas como sendo uma série de ações isoladas, uma lista elaborada no computador sem as aplicações da NIC resulta em milhares de itens, e o plano de cuidados de enfermagem para um paciente pode conter 75 “intervenções”. Embora a lista de intervenções “padronizadas” de uma instituição possa estar de acordo e ser útil para todos que trabalham lá, é pouco provável que tal lista seja igual à lista de outra instituição. Estas inconformidades resultam na incapacidade de coletar e comparar dados providos de múltiplas agências ou na mesma instituição em unidades diferentes. A NIC, em conjunto com a NANDA-I e a NOC, oferece a disciplina de enfermagem com elementos de dados clínicos para o registro automatizado do paciente.

Razão Número Quatro: Ensino da Tomada de Decisão Clínica a Estudantes de Enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem estão incluídos na maioria dos principais livros-texto de planos de assistência desde a década de 1980, embora não existisse, antes da NIC, uma abordagem sistematizada para o ensino das intervenções sistemático da NIC. Os estudantes praticam habilidades técnicas no laboratório antes de realizá-las nos pacientes, mas têm havido poucas oportunidades de praticar as habilidades que exigem a tomada de uma decisão mais difícil. Por fim, livros-texto sobre diagnóstico, intervenção e resultados em enfermagem que se baseiam em teorias testadas irão substituir os livros-texto que possuem uma orientação mais médica-cirúrgica, pediátrica, de saúde mental entre outros livros. Também haverá mais material de vídeo e áudio demonstrando intervenções independentes de enfermagem. Conseguimos visualizar um futuro em que a análise dos dados reais de um paciente ajudará na tomada de decisão clínica. Por exemplo, um banco de dados sobre diagnósticos Distúrbio da Imagem Corporal pode ser acessado possibilitando ao aluno o estudo das etiologias, das intervenções e dos resultados relacionados a esse diagnóstico, para então, determinar quais populações certas intervenções são mais eficazes, no caso desse diagnóstico. As correlações entre diagnósticos e intervenções de enfermagem e sinais e sintomas do paciente, características demográficas e diagnósticos e terapias médicas também podem ser determinadas. A definição e a classificação das intervenções de enfermagem ajudarão no importante processo de ensinar enfermeiros iniciantes a determinarem as necessidades do paciente e a atuar de maneira adequada. Além disso, a classificação das intervenções de enfermagem facilita a identificação das intervenções que necessitam de um nível mais elevado de conhecimento e habilidade que deverão ser ensinado usualmente em um programa de graduação.

Razão Número Cinco: Determinação dos Custos dos Serviços Prestados por Enfermeiros

Na década de 1980, múltiplos esforços para “orçar” os serviços de enfermagem foram descritos na literatura. A maior parte dos estudos tinha pequenas amostras, era conduzida em uma instituição e utilizava sistemas de classificação de pacientes sem valorizar muito sua validade e confiabilidade^{46,53}. A ampla variedade de sistemas não padronizados de classificação de pacientes foi uma das principais razões para a dificuldade de

obter grandes conjuntos de dados para comparar os custos de enfermagem. A determinação dos custos de enfermagem baseada nas intervenções realizadas seria uma grande melhoria, porém requer uma lista padronizada de intervenções. A NIC fornece a linguagem para as intervenções prestadas aos pacientes que pode servir de base para determinar os custos dos serviços.

A cobrança dos serviços prestados por médicos baseia-se no manual Physicians' Current Procedural Terminology (CPT), publicado pela American Medical Association³. Hurdis Griffith e colaboradores^{28,29} demonstraram que enfermeiros muitas vezes executam alguns dos procedimentos para os quais médicos são pagos. A CPT, contudo, inclui apenas algumas poucas intervenções realizadas por enfermeiros e por isso não é adequada como um meio de reembolsar os enfermeiros. Recentemente, uma nova classificação multidisciplinar, os Códigos ABC, por meio da Alternative Link², tem sido desenvolvida para reembolsar provedores alternativos. As intervenções da NIC fazem parte do sistema de codificação ABC. A Alternative Link busca ser reconhecida pelo governo federal dos Estados Unidos como um conjunto de códigos que pode ser utilizado para o reembolso da Medicare, e alguns estados, atualmente estão utilizando os códigos ABC em programas da Medicaid.

Razão Número Seis: Planejamento de Recursos Necessários nos Locais da Prática de Enfermagem

Por fim, a identificação dos custos necessários a intervenções de enfermagem específicas permitirá a avaliação da relação custo-benefício da assistência de enfermagem. Saber o custo e a eficácia de determinadas intervenções permite a redução desses custos por meio da eliminação ou substituição de serviços, e ajuda a determinar se os custos atuais evitarão custos futuros⁴⁵. O primeiro passo neste importante processo é identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros. Então, o tempo de execução, seu custo e sua eficiência. Esta informação irá auxiliar administradores de enfermagem a fazerem planejamentos de forma mais eficiente da quantidade de funcionários e de equipamentos necessários para a implementação da intervenção. No passado, o uso de recursos baseava-se na tradição. A identificação das intervenções de enfermagem é o primeiro passo em direção à maior eficácia futura no planejamento e utilização de recursos.

Razão Sete: Linguagem para Comunicar a Função Peculiar da Enfermagem

No primeiro de uma série de três artigos no *Journal of the American Medical Association* de dezembro de 1990, a equipe do jornal perguntou, “Como pode ser tão invisível um elemento tão envolvido na assistência a saúde?”⁴. E continuando a identificar o dilema central: “O que o enfermeiro faz de singular?” De maneira similar, em uma série de exemplos, Gebbie²⁷ destacou a invisibilidade da profissão. De acordo com Gebbie, as pessoas cada vez mais conhecem a importância do componente “cuidado” no atendimento à saúde para os resultados alcançados, ainda que a enfermagem não seja reconhecida como contribuinte importante. “Não há indícios de uma compreensão do completo domínio da enfermagem e da forma como a profissão poderia contribuir para a discussão completa [de eficiência da assistência de saúde]” (p. 5). O que Gebbie e muitos outros dentro da profissão de enfermagem reconhecem é a necessidade de descrever sistematicamente o que os enfermeiros fazem de modo que a contribuição da profissão para a assistência de saúde possa ser compreendida. Uma classificação das intervenções de enfermagem assiste aos esforços da profissão para descrever sua singularidade, bem como suas semelhanças com outras profissões da saúde.

Razão Oito: Articulação com os Sistemas de Classificação de Outros Cuidadores de Saúde

Para fins de reembolso e pesquisa, o governo federal, os planos de saúde e a comunidade médica vêm coletando informações padronizadas sobre saúde a vários anos. Vários Conjuntos de Dados Uniformizados

Mínimos de Saúde (UMHDS, Uniform Minimum Health Data Sets), vem sendo padronizados pelo National Committee on Vital and Health Statistics. O Conjunto Uniformizado de Dados de Alta Hospitalar (UHDDS, *Uniform Hospital Discharge Data Set*) está incorporado às exigências uniformizadas de cobrança hospitalar; 14 itens estão incluídos: identificação do paciente data de nascimento, sexo, raça e grupo étnico, endereço, identificação do hospital, datas de admissão e alta, diagnósticos médicos primários, diagnósticos secundários, procedimentos, prescrição do paciente, principal fonte de pagamento esperada e identificação do médico. O Conjunto Mínimo de Dados de Assistência Médica Ambulatorial (AMCMDS, Ambulatory Medical Care Minimum Data Set) assemelha-se ao UHDDS, mas se baseia em uma junção de ambos, na qual o paciente não está internado em um hospital ou instituição. O Conjunto Mínimo de Dados de Assistência de Saúde de Longa Duração (LHCMDS, Long-term Health Care Minimum Data Set) é utilizado na assistência de longa duração, sendo definido de forma abrangente para cobrir serviços ambulatoriais, domiciliares e institucionais em uma ampla gama de situações. Este conjunto de dados é maior que os dois anteriores e cobre atividades básicas do cotidiano, a mobilidade, os problemas de comportamento, a visão, a audição e outras habilidades funcionais⁵⁸.

Para cada um dos itens ou variável definidos para um conjunto de dados, é necessária uma classificação de seus termos. Por exemplo, cada uma das variáveis de enfermagem de diagnóstico, intervenções e resultado requer uma classificação. As principais classificações dos termos médicos são a Classificação Internacional de Doenças (ICD e ICD-CM, International Classification of Diseases)^{60,61,77}, Terminologia Corrente de Procedimentos (CPT, Current Procedural Terminology)³, Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)⁶, a Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED, Systematized Nomenclature of Medicine)^{20,67} e o Sistema de Codificação de Procedimentos Administrativos Comuns de Financiamento de Assistência de Saúde (HCPCS, Health Care Financing Administration's Common Procedural Coding System)³⁰.

Estes conjuntos de dados e sistemas de classificação não incluem cuidados de enfermagem. Como consequência, o impacto da enfermagem na qualidade da assistência prestada ao paciente e nos custos do atendimento de saúde é desconhecido. Harriet Werley e colaboradores têm publicado extensivamente sobre a necessidade de um Conjunto Mínimo de Dados de Enfermagem (NMDS, Nursing Minimum Data Set) que seja uniforme e coletado sistematicamente em todas as instituições⁷⁴⁻⁷⁶. As variáveis dos cuidados de enfermagem identificadas para inclusão no CMDE são o diagnóstico de enfermagem, as intervenções de enfermagem, os resultados do paciente e a intensidade dos cuidados de enfermagem. A NIC tem a intenção de ser a classificação das intervenções de enfermagem que pode ser utilizada para implementar o CMDE.

DESENVOLVIMENTO DA NIC

Então, com estas razões em mente, o trabalho para desenvolver a NIC foi iniciado em 1987. Como indicado no [Capítulo 1](#), a pesquisa tem progredido através de quatro fases, cada uma das quais apresentando certa sobreposição temporal:

Fase I: Construção da Classificação (1987-1992)

Fase II: Construção da Taxonomia (1990-1995)

Fase III: Testes Clínicos e Refinamento (1993-1997)

Fase IV: Uso e Manutenção (1996-em desenvolvimento)

Durante sete anos a pesquisa de desenvolvimento recebeu apoio financeiro do National Institutes of Health, National Institute of Nursing (1991-1998) e, mais recentemente, tem recebido fundos para efetivação da pesquisa provenientes do National Institute of Nursing Research (NINR) e da Agency for Healthcare

Research and Quality (AHRQ). O restante deste capítulo é uma revisão do trabalho realizado em cada uma das fases. Embora os primeiros anos do desenvolvimento possam, agora, ser observados historicamente, uma revisão deles também foi incluída, de modo que aqueles que estão entrando em contato com a classificação poderão compreender suas origens.

Fase I: Construção da Classificação (1987-1992)

Na Fase I, as atividades foram identificadas, agrupadas e nomeadas com título de caráter conceitual de uma intervenção. A construção da classificação foi realizada em três etapas: identificação e resolução de questões conceituais e metodológicas, geração de uma lista de intervenções inicial e refinamento da lista de intervenções e atividades. Cada uma delas é discutida adiante, porém o leitor é direcionado à primeira edição deste livro⁴⁷, onde esta fase da pesquisa é explicada em mais detalhes.

Etapa 1: Identificação e resolução de questões conceituais e metodológicas

Durante a primeira etapa da pesquisa, foram evidenciadas várias questões e finalmente resolvidas várias questões conceituais e metodológicas. Por exemplo, uma das principais questões metodológicas foi decidir se deveríamos utilizar uma abordagem indutiva ou dedutiva. Uma abordagem dedutiva, segundo a qual as intervenções poderiam ser identificadas e colocadas em uma estrutura conceitual existente, foi descartada após a realização de uma revisão sistemática dos esquemas de classificação de intervenções existentes⁴⁸. Foi escolhida uma abordagem indutiva, começando com as atividades realizadas pelos enfermeiros da prática para planejar e documentar cuidados. A maior questão conceitual referiu-se a que tipos de comportamentos de enfermagem deveriam ser incluídos na taxonomia de uma intervenção. Para responder esta questão, foram identificados os comportamentos de enfermagem que abrangem levantamento de dados, de intervenção e avaliação realizadas para o benefício dos pacientes. Assim, em benefício dos pacientes, um enfermeiro assume os seguintes tipos de comportamento:

1. Comportamentos de levantamento de dados para fazer um diagnóstico de enfermagem.
2. Comportamentos de levantamento de dados para obter informações para um médico fazer seu diagnóstico.
3. Comportamentos de tratamento iniciado pelo enfermeiro em resposta ao diagnóstico de enfermagem.
4. Comportamentos de tratamento iniciado pelo médico em resposta ao diagnóstico médico.
5. Comportamentos para avaliar os efeitos dos tratamentos de enfermagem e médico. Estes são também comportamentos de avaliação, porém são assumidos com o propósito de avaliar e não para o diagnóstico.
6. Comportamentos administrativos e de assistência indireta que dão suporte às intervenções.

Para se prestar a múltiplos propósitos, a classificação das intervenções de enfermagem deve incluir todos os tipos de tratamentos que os enfermeiros realizam. A essência das intervenções de enfermagem deve ser os tratamentos iniciados por enfermeiros (número 3 da lista), entretanto qualquer listagem de intervenções de enfermagem (p. ex., para um sistema informatizado de plano de cuidados) deve incluir também tratamentos iniciados por um médico (número 4). Comportamentos de tratamento iniciado por enfermeiros em resposta a diagnósticos de enfermagem também incluem os tratamentos de enfermagem que resultam de uma resposta do cliente a intervenções médicas. Se uma intervenção médica causou um problema ao paciente que seja acessível ao tratamento de enfermagem, o enfermeiro pode diagnosticá-lo e tratá-lo. Por exemplo, alguns tratamentos médicos podem tornar um paciente incapaz de realizar suas próprias atividades de higiene diária. Um enfermeiro que observe tal situação faria um diagnóstico de Déficit Autocuidado: banho/higiene e realizaria as intervenções necessárias ao paciente. As categorias 3 e 4 incluem atividades de monitoramento e

levantamento de dados pelos enfermeiros, quando estas são feitas como tratamentos. Infelizmente, as palavras *monitoramento* e *levantamento de dados* são empregadas de muitas formas para representar diferentes sentidos em enfermagem. Quando são usadas para se referir apenas a comportamentos de coleta de dados, deveriam ser incluídas nas categorias 1, 2 e 5.

Os comportamentos nas categorias 1 e 2 são funções de levantamento de coleta de dados (antes do diagnóstico), e não de intervenções (após o diagnóstico). A categoria 5 focaliza a avaliação e está incluída na classificação de resultados do paciente. A categoria 6, comportamento administrativo e de cuidados indiretos, envolve as atividades de apoio relacionadas ao desenvolvimento dos membros da equipe, a manutenção de registros, escala dos funcionários, horários e assim por diante. Inicialmente não havia intenção de incluir esta categoria na classificação. Entretanto, devido às informações dadas pelos enfermeiros e devido a sua importância, a segunda edição deste livro incluiu muitas: intervenções de cuidados indiretos. Uma intervenção de assistência indireta é um tratamento realizado à distância do paciente porém em seu favor ou em favor de um grupo de pacientes. Alguns exemplos são Verificação de Substâncias Controladas, o Desenvolvimento de Protocolo de Cuidados de uma via e Verificar Carrinho de Emergência. As intervenções de cuidados indiretos dão apoio à eficácia das intervenções de cuidados indiretos. A NIC não inclui as intervenções administrativas que sejam realizadas pelo enfermeiro administrador, em lugar do enfermeiro clínico, embora algumas intervenções de cuidados indiretos da Classificação (p. ex., Contenção de Custos, Delegação e Supervisão dos funcionários) que são realizadas por um enfermeiro administrador, acabem sendo intervenções administrativas.

Etapa 2: Geração de uma lista inicial de intervenções

As atividades de enfermagem, ou aquelas que os enfermeiros realizam como etapa da implementação do processo de enfermagem, estavam prontamente disponíveis nos livros-texto de enfermagem, guias de planos de cuidado de enfermagem e sistemas de informação. Em todas estas fontes, antes da NIC, uma intervenção era entendida como uma ação isolada ou uma lista de atividades isoladas com pouca conceitualização sobre o modo como se encaixavam. Por exemplo, estas eram “intervenções” típicas listadas em livros-texto de enfermagem antes da NIC: “Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração”, “Monitorar o nível de consciência” e “Cortar o alimento em pedaços pequenos”. Era comum os livros-texto incluírem várias centenas destas “intervenções”, com lista referente a qualquer paciente ou diagnóstico enumerando dezenas delas. Mais comum ainda era essas ações serem um misto de atividades de levantamento de dados e tratamentos, bem como atividades iniciadas pelo enfermeiro e atividades iniciadas pelo médico. Uma lista de intervenções de enfermagem para uma determinada condição, em um livro não era a mesma na lista existente em outro livro para a mesma condição. Por exemplo, se compararmos as intervenções de enfermagem sugeridas para um diagnóstico de enfermagem de Intolerância à Atividade em vários livros, encontraremos diferenças enormes. Para o tratamento da intolerância à atividade, Moorhouse, Geissler e Doenges⁵⁷ listaram seis intervenções independentes (p. ex., “Verificar os sinais vitais antes e imediatamente após a atividade”) e uma intervenção colaborativa (“Seguir o programa gradativo de reabilitação cardíaca e de atividades”); McFarland e McFarlane⁵⁴ listaram três objetivos com 24 intervenções (p. ex., “Levantar dados sobre o padrão passado e presente de atividades do paciente” e “Colocar o paciente imobilizado em programa de exercícios passivos”); e Carpenito¹³ listou oito categorias principais de intervenções e 46 atividades discretas (p. ex., “Orientar o indivíduo para realizar a tosse controlada quatro vezes ao dia” e “Discutir a necessidade de imunizações anuais [contra a gripe, bactéria]”). Apesar da mistura de ações e das enormes diferenças de abordagem, acreditamos que era possível iniciar a tarefa da construção de classificação das intervenções agrupando os dados disponíveis. A escolha lógica foi, então, uma abordagem indutiva que utilizasse essa riqueza de dados.

Os pesquisadores criaram um formulário de classificação das fontes de dados e utilizaram-no para revisar e

classificar as fontes de dados de várias áreas de especialidades. (Veja a primeira edição deste livro para encontrar uma cópia deste formulário, uma listagem de todas as fontes revisadas e para uma revisão do processo empregado⁴⁷.) Os critérios usados para selecionar as fontes foram: (1) apresentar ações de enfermagem claras e isoladas, (2) incluir uma lista abrangente de ações e (3) representar a prática atual.

Foram revisadas 45 fontes de diversas áreas de especialidade. Tentou-se, de todas as formas, fazer uma seleção abrangente das fontes; a ideia principal era “começar”, para gerar uma lista inicial de intervenções. A revisão de livros sobre planos de cuidados incluiu aqueles que haviam sido publicados até cinco anos antes (1983-1988), a revisão dos sistemas de informação limitou-se a três no Estado de Iowa, aos quais tínhamos acesso, e a um quarto, cujo manual estava publicado e disponível. Decidiu-se pela inclusão de alguns sistemas de informação como fontes porque as listas de intervenções nesses sistemas incluíram uma dimensão prática adicional.

Catorze das fontes mais bem-classificadas foram, então, utilizadas em oito exercícios de análise de conteúdo para criar uma primeira lista de títulos das intervenções. A primeira dupla de exercícios utilizou fontes mais gerais (médicas-cirúrgicas), dois exercícios utilizaram listas computadorizadas e três exercícios utilizaram livros de áreas de especialidades que podiam não ter sido bem-abordadas pelas fontes gerais ou pelas fontes de sistemas de informação. A descrição exata das fontes dos exercícios, os números das atividades utilizadas em cada exercício e os métodos utilizados na seleção das atividades são incluídos na Tabela 3-3 da primeira edição deste livro⁴⁷.

Antes do preparo de cada exercício, a equipe de pesquisa revisava a evolução de títulos/atividades até aquela data e selecionava dentre as fontes mais bem-classificadas, aquelas consideradas com maior probabilidade de produzir novos títulos de intervenções. Uma vez determinadas as fontes para os próximos exercícios, estas foram revisadas pelos principais pesquisadores sendo determinado o método a ser utilizado para a seleção de atividades. Para quase todas as fontes, as atividades foram escolhidas por meio de uma seleção randomizada e sistemática, contudo a frequência da seleção (p. ex., fazer uma seleção a cada cinco itens, ou a cada dois itens) variava com o número de atividades listadas na fonte. Ainda, alguns livros estavam organizados por diagnósticos de enfermagem e requerendo a seleção de diagnósticos específicos para identificar as atividades de intervenção. Foi usada a análise de conteúdo para classificar as atividades de enfermagem selecionadas. Cada exercício foi feito da seguinte forma:

1. Aproximadamente 250 atividades de enfermagem concretas obtidas de duas fontes relacionadas foram selecionadas aleatoriamente e inseridas em um arquivo de computador.
2. Cada atividade foi impressa em uma folha de papel separada e as folhas foram distribuídas a todos os membros da equipe de pesquisa.
3. Cada membro da equipe de forma independente, categorizava as atividades, dando a cada categoria um título.

No início, cada título teve que ser gerado pelos membros da equipe com base em seus conhecimentos e experiência profissional. A partir terceiro exercício, os membros selecionavam um título já identificado, ou acrescentavam um novo título, caso não houvesse um adequado na lista. Cerca de 250 atividades foram empregadas em cada exercício, porque a equipe considerou que este seria um número trabalhável de atividades e que também produziriam uma boa quantidade de títulos. Estes exercícios eram muito trabalhosos, e cada pesquisador levava de quatro a seis horas para completar cada um, e muitas horas também eram gastas para introduzir os resultados de um exercício no computador. Algumas das estratégias utilizadas por membros do grupo e por líderes da equipe para completar esta etapa da pesquisa são discutidas em um artigo de 1991¹⁹ e nas páginas 37-39 da primeira edição em inglês deste livro⁴⁷.

Uma vez que os exercícios sete e oito produziram somente poucos títulos, e a equipe de pesquisa concordou que estas eram cópias dos exercícios anteriores, determinou-se que uma lista inicial de títulos de intervenções havia sido gerada e que já era tempo de passar a segunda etapa de refinamento. Não acreditávamos que todos os títulos das intervenções para taxonomia haviam sido gerados, porém julgávamos que a grande maioria havia sido determinada e que os exercícios não eram mais um método útil para refinar e expandir a lista.

Etapa 3: Refinamento da lista de intervenções e atividades

Após os exercícios de análise de conteúdo, cada título de intervenção apresentava uma a várias centenas de atividades associadas. Muitas destas atividades eram redundantes, porque várias fontes propunham a mesma atividade expressando-a com palavras diferentes. A tarefa era refinar os títulos e as atividades para realizarmos a avaliação da configuração e do conteúdo. Foram usados dois métodos de refinamento: avaliação por especialista e grupo focal.

Nas avaliações por especialista, foram utilizadas duas rodadas de questionário com a Técnica Delphi. Enfermeiros dos Estados Unidos, portadores do título de Mestre, receberam questionários compostos pelas intervenções relacionadas às respectivas áreas de especialidade. O questionário da primeira rodada foi desenvolvido de listas de títulos/atividade originadas dos exercícios. Além disso, a literatura de enfermagem clínica e de pesquisa foi revisada por um pesquisador da equipe, que refinou as atividades e acrescentou títulos e atividades que estavam faltando. O pesquisador também elaborou uma definição de intervenção que foi incluída em uma ou em ambas as rodadas da avaliação. No processo, então, foram selecionados grupos de títulos de intervenções inter-relacionadas, as listas de atividades associadas foram geradas pelo computador e, após o refinamento, feito por um pesquisador da equipe foi elaborado um questionário. Solicitou-se aos participantes que avaliassem cada atividade quanto ela era característica daquele título. A metodologia de Fehring^{24,25} para validação do conteúdo dos diagnósticos de enfermagem foi adaptada para o uso com as intervenções, gerando escores de Validade de Conteúdo de Intervenção (ICV), com atividades críticas e de apoio.

O método de Fehring, adaptado para os títulos das intervenções, consistia nas seguintes etapas:

1. Os enfermeiros peritos classificaram as atividades de cada intervenção segundo uma escala Likert, indo de 1 (a atividade não é característica da intervenção) a 5 (a atividade é muito característica). Solicitou-se, também, que sugerissem quaisquer atividades não incluídas e comentassem a definição.
2. A técnica Delphi foi usada para aumentar o consenso entre os peritos. As duas rodadas de questionários foram utilizadas. A segunda rodada apresentou um refinamento da primeira lista de atividades e intervenções com base nas respostas dos enfermeiros obtidas na primeira rodada.
3. Médias ponderados foram calculados para cada atividade. Elas foram obtidas pela soma dos pesos atribuídos a cada resposta, divididos pelo número total de respostas. Os pesos estabelecidos por Fehring foram: 5 = 1; 4 = 0,75; 3 = 0,50; 2 = 0,25 e 1 = 0.
4. As atividades com média ponderada igual ou superior a 0,80 foram chamadas como sendo atividades críticas. Aquelas com médias inferiores a 0,50 foram descartadas. Estes pontos de cortes, determinados por Fehring, são convenções estabelecidas com base em padrões aceitos para determinar confiabilidade.
5. O escore total de ICV foi obtido para cada intervenção somando-se as proporções de cada atividade e calculando-se a média dos resultados.

Durante um período de dois anos (junho de 1989 a junho de 1991), 14 levantamentos foram concluídos e 138 intervenções foram validadas. O processo e os resultados de 12 desses foram re- latados em um

simpósio, na Nursing Clinics of North America¹¹. Esses levantamentos incluíram tópicos como: Cuidados Circulatórios, Obediência, Intervenções Familiares, Líquidos e Eletrólitos, Vínculo Mãe-Filho, Atividade e Movimento, Cuidados Neurológicos, Dor, Ensino do Paciente, Cuidado Respiratório, Segurança e Supervisão. Além disso, um dos primeiros levantamentos dos títulos relacionados com os cuidados da pele foi publicado na Nursing Diagnosis⁷¹. Nesta publicação são relatados o escore ICV para cada intervenção e os escores de proporção para cada atividade.

O segundo método, trabalho com grupos focais, foi instituído quando ficou aparente que o processo de levantamento feito por especialistas consumia muito tempo, era muito oneroso e não era apropriado para todos os títulos. Para o método de validação em grupo focal, um membro da equipe preparava um rascunho da definição do título e das atividades para uma revisão inicial feita por um pequeno grupo selecionado de membros da equipe, seguida de uma revisão inicial feita por toda a equipe. Conjuntos de títulos relacionados foram desenvolvidos com frequência e revisados com agrupamentos, porque isto ajudava a esclarecer as semelhanças e diferenças existentes entre os títulos. Em geral, cada título era revisado três vezes, duas vezes pelo grupo selecionado e uma por toda a equipe. Para cada revisão, cinco a 20 pessoas forneciam contribuições, e a sucessão de revisões levava a um refinamento maior ao título, da definição e das atividades. Algumas vezes, a revisão de uma intervenção dava início a uma série de novas revisões e alterações de uma intervenção anteriormente elaborada.

O método de grupo focal não resultou em escores de ICV ou agrupamento de categorias por atividades principais e de apoio. Entretanto, resultou em intervenções bem-definidas com listas de atividade bem editadas e completas. O resultado foram 198 intervenções validadas em grupo focal.

Em resumo, o resultado do trabalho da Fase I foi 336 intervenções, cada uma com um título, uma definição, um conjunto de atividades relacionadas que descrevem os comportamentos do enfermeiro que implementa a intervenção, e uma pequena lista de leituras básicas. Neste ponto da pesquisa, entregamos o manuscrito para a primeira edição deste livro, a qual foi publicada em maio de 1992⁴⁷. Embora soubéssemos que o trabalho estava apenas começando, acreditávamos que aquela publicação era necessária, pois possibilitaria que o projeto se tornasse conhecido e outras pessoas pudessem utilizar as intervenções e nos dar algum retorno. Continuamos o trabalho e a segunda edição⁵⁰ foi acrescida de novas intervenções e de um agrupamento das intervenções em uma taxonomia com códigos numéricos.

Fase II: Construção da Taxonomia (1990-1995)

Na Fase II, a construção da taxonomia, as intervenções foram reunidas em grupos relacionados e organizadas em três níveis de abstração. Duas etapas adicionais foram utilizadas para gerar uma taxonomia.

Etapa 4: Organização da lista de intervenções em uma estrutura taxonômica inicial

Uma vez que as intervenções estavam definidas, era necessária uma estrutura organizacional. A estrutura deveria ser de uso fácil e clinicamente significativa. Técnicas de classificação por semelhança e agrupamento hierárquico foram utilizadas para direcionar o desenvolvimento da taxonomia. A análise de agrupamentos hierárquicos ajudou-nos a reunir intervenções semelhantes em grupos de intervenções relacionadas, e estes casos, por sua vez, foram agrupados em “supergrupos” de acordo com suas semelhanças^{23,32}. Os métodos para o desenvolvimento da taxonomia estão explicados em detalhe em um artigo publicado na Image na primavera de 1993³³. Aqui fornecemos apenas uma breve revisão, sendo indicado o artigo aos leitores para mais informações.

A fim de gerar as classificações por similaridade, 17 enfermeiros, membros da equipe de pesquisa, receberam os títulos e definições de intervenções em cartões separados. Cada pessoa separou as intervenções em grupos relacionados e foi orientada a utilizar o processo indutivo deixando que as categorias emergissem

dos dados (intervenções e suas definições). Os enfermeiros também foram solicitados a nomear cada grupo resultante, se o quisessem, embora isto não fosse necessário. As intervenções ficaram restritas a 25 grupos no total, porque se acreditava que mais do que isso não seria clinicamente útil. Uma folha extra de papel foi entregue aos enfermeiros, na qual se pediu que escrevessem seus comentários sobre as estratégias e regras que utilizaram para fazer os agrupamentos.

Os dados dos agrupamentos foram, então, inseridos em um computador utilizando-se o agrupamento hierárquico para analisar o número de classificação que colocaram cada duas intervenções em um mesmo grupo. Foi computado um escore por “proximidade” para cada par de intervenções, como “Administração de Hemoderivados” e “Terapia Endovenosa (EV)”. A proximidade foi determinada pelo número de classificadores que colocaram esses dois títulos de intervenções no mesmo grupo, sendo expressa como “proporção do número máximo de pontos possíveis”. Se todos colocassem um determinado par de intervenções na mesma categoria, aquele par, então, teria uma proximidade de 1. Ao contrário, um par de intervenções como “Terapia Endovenosa (IV)” e “Terapia com Animais”, que nunca foram unidas pelos classificadores, receberia uma proximidade de 0. Havia ao todo 57.970 pares de intervenções e por isso 57.970 proximidades foram computadas.

Uma análise de ligação completa das ligações foi escolhida como a melhor técnica de análise de agrupamentos para esse exercício, e impressos de cinco agrupamentos diferentes de dados foram revisados pelos membros da equipe para análise de coerência e utilidade clínica. A equipe acreditou que 20 a 30 grupos definiam agrupamentos mais úteis clinicamente e, de início, escolheu 27 agrupamentos que pareciam reunir os dados adequadamente. Estes agrupamentos foram denominados como classes de intervenções. Cada uma das classes recebeu um nome, conforme sugestões feitas por membros da equipe durante o exercício.

Cada classe foi revisada sistematicamente por um grupo seletivo composto por quatro a seis membros da equipe. As características distintivas de cada classe foram identificadas, sendo formulada uma definição para cada classe. Foram realizadas algumas revisões e então, cada membro da equipe revisou, por inteiro, as classes revisadas e suas definições. Foram realizadas outras pequenas modificações e uma classe foi eliminada. O grupo acreditou na existência de um consenso sobre as 26 classes remanescentes, seus nomes e definições, e as intervenções que cada uma continha. Não acreditavam, entretanto, que aqui fosse o máximo da taxonomia. Decidiram, então, tentar os mesmos exercícios separando-se as classes.

Assim, as 26 classes, cada qual com suas definições e intervenções, foram impressas em cartões, e membros da equipe separaram as classes em grupos relacionados. Foram novamente instruídos a usar um processo indutivo e deixar que os grupos emergissem por si mesmos dos dados. Foram solicitados a sugerir nomes para cada grupo e a registrar comentários sobre o processo de tomada de decisão que utilizaram enquanto faziam a separação. Desta vez, as intervenções ficaram restritas a sete grupos, porque acreditava-se que seria difícil gerenciar o nível máximo da taxonomia com mais que isso.

A análise hierárquica dos agrupamentos de 26 classes resultou em seis “supergrupos”. Estes foram revisados por membros da equipe, sendo determinado que representavam a prática clínica e que seriam chamados de domínios. Assim, foram desenvolvidos os títulos e definições destes domínios. A estrutura inteira da taxonomia, composta por domínios, classes e intervenções, foi impressa e distribuída para todos os membros da equipe. Houve uma discussão e cada um dos membros da equipe foi convidado a submeter seus comentários por escrito.

A essa altura, tínhamos uma estrutura taxonômica de três níveis, composta de seis domínios, 26 classes e 357 intervenções (as 336 originais mais as outras que haviam sido desenvolvidas desde a publicação). A taxonomia foi impressa em um livreto, o qual era disponibilizado mediante pagamento³². Após um estudo de validação (etapa 5, pesquisa de validação número 4), a taxonomia foi revisada de modo a incluir os seis domínios e 27 classes publicadas na segunda edição.

Etapa 5: Validação dos títulos, atividades definidoras e taxonomia das intervenções

Agora que as intervenções haviam sido elaboradas e organizadas, queríamos ter certeza de que nosso trabalho teria utilidade prática para os enfermeiros. Foram conduzidas quatro pesquisas de validação.

Pesquisa de validação número 1: Levantamento sobre o uso da classificação junto a organizações de especialistas. Em 1992, um questionário composto por três partes foi distribuído a diretores de 32 organizações de prática clínica, os quais pertenciam ao National Organization Liaison Fórum (NOLF) da ANA. Na primeira parte do questionário, estavam listados os títulos e a definição de cada uma das 336 intervenções. Intervenções similares foram agrupadas nas 26 classes taxonômicas. Os representantes da organização foram solicitados a numerar a frequência com que seus membros realizavam cada intervenção. A escala de cinco pontos de avaliação consistia em várias vezes ao dia, cerca de uma vez por dia, cerca de uma vez por semana, cerca de uma vez ao mês e raramente utilizada. Na segunda parte do questionário, os entrevistados foram solicitados a identificar intervenções que considerassem estar faltando na lista e as intervenções que julgavam ser essenciais em suas especialidades. Intervenções essenciais foram definidas como “se alguém lesse a lista, saberiam a natureza da especialidade”. A terceira parte do questionário foi utilizada para coletar informação demográfica.

Cada dirigente de organização determinou a maneira de fornecer as informações solicitadas. Alguns deram o questionário para ser respondido por um comitê de profissionais da prática, enquanto outros designaram uma organização oficial para fornecer os dados. Houve o retorno de 28 questionários utilizáveis para a equipe de pesquisa. Os entrevistados pertencentes a NOLF estimaram que 84% de seus 264.493 membros estavam empregados, que 43% tinham 10 anos ou mais de experiência em sua área, que 41% eram bacharéis e que 27% tinham diploma de graduação, que 37% possuíam um certificado de especialistas, e 46% dos membros utilizavam diagnósticos de enfermagem.

Os resultados da pesquisa foram parcialmente divulgados em quatro artigos^{7,12,68,69}. Estes resultados demonstraram que a NIC não inclui intervenções apropriadas a todas as especialidades. Também forneceram dados iniciais sobre os tipos de uso das diferentes intervenções. Trinta e seis intervenções foram registradas como sendo utilizadas várias vezes ao dia por 50% das especialidades. As seis intervenções utilizadas com maior frequência (utilizadas por 75% das organizações várias vezes ao dia) foram Escutar Ativamente, Apoio Emocional, Controle da Infecção, Monitoração de Sinais Vitais, Proteção contra Infecção e Controle de Medicamentos. Esta pesquisa demonstrou que a NIC é útil para definir a natureza da especialidade da prática de enfermagem, e forneceu as bases de uma pesquisa de acompanhamento realizada em 1995, relacionada à definição das intervenções essenciais (p. 35).

Pesquisa de validação número 2: Levantamento sobre o uso da classificação junto aos enfermeiros. A pesquisa de uso realizada com as organizações de especialistas foi modificada e enviada individualmente para enfermeiros de uma grande variedade de áreas de especialidades que estavam ativamente engajados na prática clínica. Seus nomes foram obtidos de uma lista de entrevistados que haviam contribuído como classificadores nas etapas anteriores no trabalho anterior da NIC. Os entrevistados também foram solicitados a duplicar e transmitir o questionário a outros enfermeiros especialistas. Um total de 442 questionários foi postado e 227 levantamentos utilizáveis foram recebidas. Esses enfermeiros eram profissionais experientes, com alto nível de formação: 90% informaram possuir mais de seis anos de experiência, com uma média de 17 anos; 77% eram bacharéis ou possuíam um grau mais elevado, e 55% eram mestres. Viviam em todas as partes do país, e a maioria morava nos estados centrais do Norte. A maioria trabalhava em hospitais, e 91% trabalhavam em comunidades com mais de 30.000 pessoas.

Esta pesquisa também demonstrou que todas as intervenções presentes na NIC são utilizadas por enfermeiros na prática clínica. As avaliações de uso fornecidas individualmente pelos enfermeiros foram analisadas segundo local de trabalho e a especialidade. Havia 219 (79%) enfermeiros trabalhando em

hospitais e 58 (21%) trabalhando em ambiente extra-hospitalar. Havia 111 (40%) que trabalhavam na unidade de tratamento intensivo, e 166 (60%) exerciam outras especialidades. Os resultados foram analisados para determinar quais intervenções eram utilizadas com maior frequência, considerando o cenário de trabalho e a especialidade. Das 336 intervenções classificadas, 159 eram utilizadas com uma frequência significativamente maior por enfermeiros de hospitais do que por enfermeiros trabalhando em outros locais. Intervenções como Controle Ácido-Básico, Precauções contra Sangramento, Controle de Eletrólitos e Controle Hídrico, as quais dão suporte à regulação homeostática, eram muito evidentes. Os enfermeiros que não trabalhavam em hospitais identificaram 52 intervenções que utilizavam com mais frequência que os enfermeiros de hospital. Estas incluíam Apoio à Proteção contra Abuso, Orientação Antecipada, Promoção de Vínculo, Terapia de Recordações e Terapia de Grupo. Estas intervenções dão apoio à unidade familiar e facilitam as mudanças de estilo de vida. Havia 185 intervenções utilizadas com maior frequência por enfermeiros de unidades de terapia intensiva, as quais incluíam as intervenções de suporte da regulação homeostática, por exemplo, Controle de Vias Aéreas Artificiais, Precaução contra Sangramento, Cuidados Cardíacos e Gerenciamento do Protocolo de Emergência, bem como intervenções de assistência para o autocuidado, por exemplo, Banho, Cuidados com o Repouso no Leito, Cuidados na Incontinência Intestinal e Cuidados com os Olhos. Havia 65 intervenções apontadas como sendo de uso mais frequente por enfermeiros de assistência não intensiva, incluindo algumas intervenções de suporte à unidade familiar, como Apoio a Proteção contra Abuso, Orientação Antecipada, Promoção de Vínculo e Promoção da Integridade Familiar: Famílias que Espera um Filho, e intervenções que facilitam mudanças do estilo de vida, por exemplo, Melhora do Enfrentamento, Aconselhamento, Facilitação da Aprendizagem e Treinamento da Memória. Outras intervenções eram igualmente utilizadas por todos os grupos (Quadro 2-4 na p. 27-30 na segunda edição da NIC⁵⁰ para ver os resultados completos). Embora a pesquisa represente apenas os dados iniciais sobre as intervenções utilizadas pelos enfermeiros, demonstrou que a NIC é útil para descrever a prática de enfermagem em uma variedade de locais e em diferentes áreas de especialidades.

Pesquisa de validação número 3: Uso de intervenções de cuidado indireto. Em cada uma das duas pesquisas anteriores, os entrevistados foram solicitados a identificar as intervenções que julgassem estar faltando na NIC. Muitas das sugestões de intervenções adicionais eram da área de cuidado indireto: tratamentos feitos a distância do paciente, mas que são importantes para a eficácia das intervenções de cuidado direto. Entre os exemplos estão a Verificação de Substância Controlada, Desenvolvimento de Protocolos de Cuidados, Verificação do Carrinho de Emergência, Controle do Ambiente e Controle de Suprimentos. Os dados fornecidos pelos participantes da pesquisa confirmaram para os membros da equipe, a importância de se desenvolver mais intervenções de cuidados indiretos. Segundo Prescott e colaboradores⁶², metade do tempo de 1 enfermeiro é gasto em atividades indiretas e administrativas das unidades, comparado a apenas um terço da equipe que trabalha em atividades de assistência direta (as estimativas variam um pouco dependendo do estudo, e o percentual de tempo restante situa-se na categoria de tempo gasto com pessoal). A importância de se definir intervenções de cuidado indireto tem se tornado cada vez mais importante conforme aumenta o gerenciamento de casos e a contratação de funcionários que não possuam licença para assistência. A definição de intervenções de cuidado direto e indireto faz-se necessária para decidir o que deve ser delegado a outros profissionais. A equipe de pesquisa fez várias discussões sobre a natureza das intervenções de enfermagem, e decidiu que era tempo de ampliar a NIC de modo a incluir tratamentos de cuidados direto e indireto. A definição da intervenção de enfermagem pode ser revisada e incluída intervenções de cuidados indiretos. Uma pesquisa de validação de algumas das intervenções de cuidado indireto foi empreendida quando tínhamos desenvolvido um número suficiente. As quatro finalidades seguintes foram destacadas na pesquisa:

1. Determinar a taxa de uso (validade) das intervenções de cuidado indireto.

2. Auxiliar na identificação das intervenções de cuidado indireto que estão faltando.

3. Determinar o tempo estimado para as intervenções.

4. Determinar o nível de preparo do provedor necessário para realizar as intervenções.

As finalidades 3 e 4 foram incluídas como trabalho-piloto para estudos futuros.

Foi elaborado um questionário perguntando sobre o uso de 26 intervenções de cuidado indireto e enviado a 500 membros da Academy of Medical Surgical Nursing. Esse grupo foi escolhido porque considerou-se que os enfermeiros que faziam parte dele eram mais generalistas e que por isso realizariam a maioria das intervenções de cuidados indiretos. Cento e setenta e um questionários foram devolvidos e os resultados mostraram que todas as 26 intervenções são implementadas na prática, o que valida sua inclusão na Classificação. As intervenções utilizadas várias vezes ao dia por 50% ou mais dos entrevistados foram: Documentação (97%), Delegação (80%), Transcrição de Prescrições (77%), Controle do Ambiente (70%) e Controle da Tecnologia (62%). Várias intervenções eram utilizadas várias vezes ao dia por 40% ou mais dos entrevistados: Verificação de Substância Controlada (49%), Consulta por Telefone (48%), Passagem de Plantão (45%), Controle de Amostras para Exames (45%), Facilitação da Visita (43%) e Transporte (42%). As intervenções utilizadas raramente ou apenas mensalmente foram: Triage (83% raramente, 9% mensalmente), Gerenciamento do Protocolo de Emergência (61% raramente, 32% mensalmente), Avaliação de Produto (56% raramente, 33% mensalmente) e Preceptor: funcionário (43% raramente, 40% mensalmente). Os detalhes sobre esta pesquisa, incluindo informação sobre os tempos necessários para realização das intervenções e as decisões que devem ser delegadas, estão disponíveis em um artigo⁵².

Pesquisa de validação número 4: Validação da taxonomia. A quarta pesquisa de validação era um questionário desenvolvido para avaliar o significado das classes e domínios. Este questionário foi distribuído em maio de 1993 para uma amostra de uma população de enfermeiros especialistas em desenvolvimento teórico, que pertenciam a Midwest Nursing Research Society (MNRS).³⁴ Os questionários foram enviados a 161 membros da MNRS, dos grupos de desenvolvimento teórico, de métodos qualitativos e de diagnóstico de enfermagem, sendo analisadas 121 pesquisas. Os entrevistados tinham, em média, 47 anos de idade, com um tempo médio de experiência em enfermagem de 24 anos. Vinte deles (16%) tinham o título de mestre e os demais (83%) doutorado.

Os participantes receberam uma cópia do esboço da taxonomia e um questionário. Foi solicitado que avaliassem cada domínio e classe quanto a serem característicos (1, não característico, a 5, muito característico) conforme os seguintes critérios:

Clareza: O título da classe e a definição estão redigidos em termos claros e compreensíveis.

Homogeneidade: Todas as intervenções são variações da mesma classe.

Inclusão: A classe inclui todas as intervenções possíveis.

Exclusão mútua: A classe exclui intervenções não pertencentes.

Neutralidade teórica: A classe pode ser utilizada por qualquer instituição, especialidade de enfermagem ou modelo de prestação de cuidado independentemente da orientação filosófica.

A análise dos resultados indicou que a taxonomia foi bem-elaborada. De uma forma mais específica, 77% dos participantes classificaram os domínios como sendo bastante ou muito característicos em todos os critérios, e 88% classificaram as classes do mesmo modo. Os critérios de Neutralidade Teórica e Exclusão Mútua receberam os escores mais altos; o de Inclusão recebeu os mais baixos. O domínio Fisiológico: Complexo recebeu as maiores pontuações, enquanto o domínio Sistema de Saúde recebeu as menores. O

domínio Sistema de Saúde recebeu avaliações inferiores principalmente porque os entrevistados consideraram que nem todas as intervenções da área estavam incluídas neste domínio. Como este é o domínio que contém a maioria das intervenções de cuidados indiretos, foi validada a necessidade de se elaborar mais intervenções de cuidados indiretos.

Com base tanto em resultados quantitativos como em resultados qualitativos, foram realizadas revisões da taxonomia. As definições foram as que mais sofreram alterações. Três nomes de classes foram modificados e foi criada uma classe nova (Controle da Informação). Além disso, algumas intervenções foram mudadas para classes diferentes, enquanto certas referências cruzadas foram adicionadas ou omitidas. Por fim, a revisão mostrou a validade da taxonomia, as mudanças que haviam sido realizadas para aumentar a clareza. Também neste momento, foram colocadas todas as intervenções novas que haviam sido desenvolvidas desde a publicação do livro da NIC em 1992. A maioria das intervenções era facilmente atribuída a uma classe e quase não necessitavam de discussão. Neste ponto, cada intervenção também recebeu um número único. A taxonomia validada com seis domínios, 27 classes e 443 intervenções codificadas foi publicada na segunda edição da NIC em 1996⁵⁰.

Fase III: Teste Clínico e Refinamento (1993-1997)

Na Fase III, a de Teste Clínico e Refinamento, as intervenções foram submetidas a um teste de campo em cinco instituições clínicas, tendo sido elaboradas as orientações para auxiliar as pessoas na etapa de implementação. Foi recebido um feedback de enfermeiros dos locais de teste e de outros usuários e foi desenvolvido um sistema de refinamento das intervenções. Também foram identificadas as intervenções para 39 especialidades de enfermagem.

Teste de campo

Um dos principais aspectos positivos da NIC é sua abrangência. A NIC inclui todas as intervenções que os enfermeiros fazem em benefício dos pacientes. É útil aos enfermeiros de todas as especialidades e em qualquer unidade de trabalho. Na Fase III, trabalhamos com cinco locais para implementar a NIC em seus sistemas de informação e para estabelecer mecanismos que ajudassem os outros na tarefa de implementação. Apresentamos a seguir os locais participantes e uma descrição resumida de seus sistemas computacionais no período do teste (1993-1997):

- Gênesis Medical Center em Davenport, Iowa, após a união de dois hospitais comunitários em 1994, tornou-se um hospital comunitário com 500 leitos e aproximadamente 680 enfermeiros registrados, fisicamente distribuídos em dois locais, os *campus* leste e oeste. No *campus* oeste, o diagnóstico de enfermagem era utilizado com o foco para o planejamento dos cuidados do paciente desde 1982. Um sistema computadorizado de informações de enfermagem com um mainframe Spectra 2000, com base na lista de diagnóstico da NANDA, era usado para gerar e documentar os planos de cuidados do paciente neste local, desde 1984. O *campus* do leste ainda usava o planejamento manual de assistência.
- Os Hospitais e Clínicas da Universidade de Iowa, em Iowa City, possuíam 820 leitos em 1994, constituindo locais de ensino e centro regional de cuidados terciários com uma equipe de 1.500 enfermeiros registrados. O hospital havia sido informatizado no início da década de 1970, com um sistema computadorizado central (mainframe) da IBM. Um sistema de informação em enfermagem chamado *INFORMM* fora projetado na instituição e implementado para o planejamento dos cuidados em 1988. A documentação online das prescrições de enfermagem estava em teste-piloto, em apenas uma unidade, em 1994.
- Oaknoll Retirement Residence é um complexo de moradia independente e uma instituição de cuidados a longo prazo localizado em Iowa City. Em 1994, contava com 133 apartamentos para idosos capazes de viver

de forma independente, e com 48 leitos nas instalações de cuidados de longo termo (32 para cuidados especiais e 16 intermediários). O departamento de enfermagem empregou 16 enfermeiros registrados. O sistema de informações em enfermagem, recentemente adquirido em 1993, era um PC compatível com a marca IBM que utilizava um programa de software o MEDCOM para registros médicos.

- Dartmouth-Hitchcock Medical Center, em 1994, um hospital-escola e centro cuidados terciários com 435 leitos e uma equipe de mais de 650 enfermeiros registrados, localizado em Lebanon, New Hampshire. O hospital trabalhava em conjunto com o Cerner Corporation of Kansas City para desenvolver um sistema de informação em enfermagem. Os aplicativos do Cerner corriam em um dispositivo de hardware digital e representavam um sistema fortemente integrado baseado num banco de dados relacional.

- Loyola University Medical Center's Mulcahy Outpatient Center, em Chicago, Illinois, é um ambulatório multiespecializado de assistência associado a um serviço de enfermagem comunitário, um programa para cuidados do idoso e um centro gerenciador de enfermeiros. Em 1994, os programas de ambulatório promoveram 226.126 visitas de pacientes e empregaram 223 enfermeiros registrados. O centro médico hospitalar usava um sistema de informação médica da Technicon (TDS) chamado de LUCI. Embora o sistema estivesse instalado no centro de pacientes de ambulatório, as funções de planejamento de cuidados e documentação não estavam disponíveis online.

A implementação em campo apresentou níveis diferenciados de sucesso em cada instituição (Veja a terceira edição para mais informações.) Apesar dos enormes desafios da implementação, em tempos de redução de pessoal e contenção de custos, a NIC foi implementada de algum modo em todas as instituições e tiramos lições dessas tentativas. Representantes de cada um dos cinco locais de campo colaboraram com um artigo descrevendo a implementação da NIC nas instituições e outros aspectos associados²¹.

Embora os desafios relacionados ao processo de informatização da NIC fossem um tanto diferentes com relação ao tipo de instituição pelo fato de já possuírem ou não um sistema de informação em enfermagem, e pela sofisticação do corpo de funcionários, várias questões foram comuns a todos. Com base no trabalho nesses campos de teste, escrevemos "Steps for Implementation of NIC in a Clinical Practice Agency" e "Implementation Rules of Thumb for Using NIC on a Nursing Information System" ([Capítulo 3, p. 48 e 52](#)) para ajudar outras pessoas que estivessem começando a implementar a NIC. Além disso, "Steps for Implementation of NIC in an Education Setting" ([p. 60](#)) também foi escrito para auxiliar os educadores a implementar a NIC.

Elaboramos uma escala para medir a extensão da implementação e pedimos aos representantes de cada instituição que a completasse, em 1997. Tal escala é uma tentativa de medir a "dose" de NIC como variável independente. Esse instrumento é originário de duas fontes: (1) uma escala do grau de implementação obtida de Joyce Verran e colaboradores, que desenvolveram índices para medir a força dos conceitos que faziam parte de um modelo diferenciado de prática em grupo (soubemos a respeito desta escala em uma apresentação nacional e obtivemos amostras com a Dra. Verran; desde então, a escala tem sido publicada⁵⁵); e (2) "As etapas de Iowa para implementação da NIC em locais da prática clínica e Etapas para implementação da NIC em instituição de ensino. A escala é coerente com o modelo do processo de inovação-decisão de Rogers⁶³, o modelo do processo o qual consiste em cinco estágios: (1) conhecimento, (2) persuasão, (3) decisão, (4) implementação e (5) confirmação. A escala foi submetida a um teste-piloto em junho de 1995 em 106 instituições cujos representantes tinham entrado em contato conosco anteriormente pedindo informações sobre a NIC, e foi rapidamente revisada com base em suas respostas. A [Figura 2-1](#) apresenta a escala para medir o grau de utilização da NIC em instituições da prática clínica ou de ensino, com 1997 respostas provenientes de cada um de nossos locais de testes anteriores. Pode-se perceber, das pontuações atribuídas pelos cinco locais de testes, que todos eles, a NIC foi implementada em algum grau. A escala foi incluída em um manual³⁵ elaborado para auxiliar outras instituições interessadas em implementar

Não _____ Não há nenhuma atividade relacionada ao uso em andamento ou planejada.

Uso: _____

Uso: Para cada item, dê um número

0 = Nenhum

1 = Um pouco

2 = Uma pequena quantidade

3 = Uma grande parte ou item foi finalizada

Dartmouth	Genesis	Loyola	Oaknoll	UIHC	
3	3	3	3	3	A ideia do uso da NIC está sendo explorada.
1	3	3	2	3	Há um comprometimento expresso de uso feito por parte de pessoas-chave na instituição.
3	3	3	2	3	Foi estabelecida uma força tarefa de implementação e estão sendo realizadas discussões relacionadas ao uso da NIC.
0	3	3	1	3	Um plano de implementação escrito foi elaborado e distribuído.
3	3	3	2	3	A NIC é implementada em unidades-piloto ou em alguns poucos cursos.
1	3	1-2	2	3	A NIC está integrada aos formulários da instituição (p. ex., filosofia, políticas, padrões/objetivos, planos de ensino).
1	3	1	2	3	A implementação da NIC é de amplo alcance (ou seja, a maioria da equipe/faculdade/estudantes conhecem e utilizam a NIC).
0	3	1	2	3	A NIC é um aspecto integral do funcionamento da instituição.
0	3	1	2	3	Informações relacionadas à utilização da NIC são usadas para formulação da estratégia em andamento (p. ex., o banco de dados de intervenções escolhido pela equipe ou por estudantes para uma determinada população de pacientes é analisado e utilizado para o desenvolvimento da equipe ou da faculdade).

Fig. 2-1 Escala para medição dos graus de uso da NIC em estabelecimentos de prática ou de ensino.

Para monitorar de perto a implementação da NIC e aprender com a experiência das instituições de teste, o que auxiliaria na implementação em outros lugares, encorajamos e trabalhamos com um estudante de doutorado, que conduzia um estudo qualitativo sobre a implementação da NIC nos cinco locais de teste. A pesquisa utilizou um projeto prospectivo para (1) determinar as estratégias utilizadas para introduzir a classificação, (2) identificar questões emergentes e (3) oferecer diretrizes que facilitasse uma implementação sem problemas em outras instituições¹⁴. O modelo de Roger de difusão de inovações em organizações⁶³ forneceu a estrutura conceitual para realizar o estudo. O conjunto de dados incluiu a gravação das entrevistas dos participantes em cada sítio, de encontros do grupo, e a análise de transações de dados eletrônicos em um painel de mensagens da NIC. Pessoas-chave de cada instituição foram entrevistadas três vezes durante o primeiro ano da implementação: no início do processo de implementação, no meio do estudo e imediatamente antes da conclusão do estudo. Essas pessoas incluíam: (1) quem decidia sobre a adoção da NIC, (2) o coordenador da instituição, (3) o elemento de ligação com o grupo de pesquisadores e (4) quatro enfermeiras da equipe. Para analisar e coordenar os dados, foi utilizado um programa de computador de análise de dados de texto, o Ethnograph. A confiabilidade entre os avaliadores foi estabelecida solicitando-se que duas pessoas fizessem a revisão de 10% das transcrições das entrevistas e das reuniões. As 86 entrevistas forneceram palavras-código, as quais foram reunidas em 11 categorias: decisão a ser adotada, eficiência do trabalho de enfermagem, melhora do trabalho de enfermagem, planejamento de estratégias, estratégias interativas, reação positiva, reação negativa, prática modificada, documentação, disseminação da informação e influências ambientais. Os achados mostraram que os canais de comunicação utilizados para processar a informações bem como a liderança eram essenciais ao sucesso da implementação. Os benefícios resultantes do uso da NIC apontavam uma mudança (de negativa para positiva) conforme os enfermeiros passavam a utilizar a NIC. Dois temas principais emergiram, mostrando que o uso da NIC aumentou a eficiência e demonstrou a eficácia dos cuidados de enfermagem. A documentação constituiu a questão dominante dos usuários. As orientações (“Steps for Implementation of NIC in a Clinical Practice

Agency”, Quadro 3-2, p. 48) desenvolvidas pelos principais pesquisadores da equipe de pesquisa do Iowa Intervention Project foram corroboradas por este estudo.

Somando-se aos nossos cinco campos de teste oficiais, muitas outras instituições começaram a implementar a NIC durante este período. Em 1997, estimamos que aproximadamente 208 instituições de prática clínica e outros 100 estabelecimentos de ensino começavam a usar a NIC de algum modo. Seu uso continuou a crescer e tanto as instituições de prática clínica como um número crescente de fornecedores estão assinando licenças para introduzir a NIC em seus sistemas de informação computacionais. Para oferecer alguma assistência aqueles que não faziam parte de nossos campos de estudo de campo financiados, iniciamos em outubro de 1993 a *The NIC Letter*, a qual em março de 1997 se tornou a *The NIC/NOC Letter*. Em 1998, a lista de correspondências para o recebimento desta publicação produzida três vezes ao ano continha mais de 1.200 pessoas. Em 2001 a *Letter* foi publicada somente duas vezes no ano devido ao custo gerado pelo aumento do número dos interessados em recebê-la, mais de 1.600. Uma Listserv, que passou a auxiliar a comunicação entre os profissionais dos campos de teste, foi aberta a todos os interessados, sendo que agora possui mais de 300 participantes ativos de vários países. O vídeo produzido pela National League for Nursing (*Meet NIC: The Nursing Interventions Classification System*) constitui um bom recurso para apresentar a NIC a enfermeiros e estudantes. Produzimos uma antologia¹⁶ de nossas publicações, da primeira em 1990 até junho de 1996, que está disponível no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, sendo uma boa referência para os interessados no início do desenvolvimento da NIC. Essa antologia é uma forma prática de obter todas as primeiras publicações relevantes, sendo especialmente útil para aqueles que estão acabando de descobrir a linguagem padronizada e a NIC, bem como para pessoas de outros países que encontram dificuldades para acessar algumas das publicações americanas.

Intervenções Essenciais

Conforme observamos os enfermeiros discutindo em suas unidades qual seria o melhor meio de implementar a NIC, notamos que uma etapa inicial seria seus esforços para determinar quais das intervenções estariam mais relacionadas a suas respectivas populações de pacientes e que deveriam ser escolhidas para receberem a implementação primeiro. Ao mesmo tempo, educadores pediram orientação sobre quais intervenções estariam relacionadas aos cursos que ministravam. Para auxiliar na identificação das intervenções essenciais para as áreas da prática, postamos um questionário a 49 organizações de especialidades clínicas em junho de 1995. Em benefício da organização, cada representante organizacional devia identificar as intervenções da NIC que eram essenciais a suas especialidades. As intervenções essenciais foram definidas como: “um conjunto limitado e fundamental de intervenções que define a natureza da especialidade. A pessoa que ler a lista de intervenções essenciais consegue determinar a área da especialidade. O conjunto de intervenções essenciais não inclui todas as intervenções utilizadas pelos enfermeiros em suas especialidades, mas, ao invés disso, inclui as intervenções que mais frequentemente ou mais proeminentemente utilizam na especialidade”. As instruções no questionário reforçavam aos respondentes para manter as listas de intervenções essenciais reduzidas, de preferência, menos de 30 intervenções. Uma relação de todas as 433 intervenções e suas definições foi anexada ao questionário. Como a pesquisa necessitava de uma resposta que representasse a natureza da especialidade, os representantes organizacionais solicitaram contribuições de outros membros para verificar suas respostas. Trinta e nove organizações responderam à pesquisa. As intervenções consideradas essenciais para cada uma das 39 especialidades foram relatadas pela primeira vez em uma monografia publicada pelo centro e também na Parte V da terceira edição da NIC. Foi publicado um artigo sobre a pesquisa inicial na *Nursing Outlook* em 1998⁵¹.

Para a quarta e a quinta edições, a pesquisa inicial foi atualizada empregando a abordagem de grupo focal, estando atualmente inclusas intervenções essenciais para 45 especialidades. Este trabalho foi publicado na Parte IV.

Fase IV: Uso e Manutenção (1996-em desenvolvimento)

Os sistemas de classificação não são úteis se não refletirem a prática atual. O presente trabalho tem relação com o desenvolvimento e uso contínuo da NIC. Os tópicos discutidos nesta seção incluem uma atualização da NIC por meio do *feedback* dado pelos usuários, o desenvolvimento das intervenções voltadas à comunidade, do estabelecimento de ligações com outras linguagens, o esforço progressivo para auxiliar a implementação e o trabalho com outras organizações.

Desenvolvimento e utilização do feedback e processo de revisão

Em cada edição da NIC tem sido incluído um formulário que encoraja os usuários a fazerem sugestões para novas intervenções e para revisão das intervenções existentes. Temos afirmado que a força da NIC está em seu formato regular. Indivíduos que submetem sugestões de alterações devem estar familiarizados com os Princípios para Desenvolvimento e Refinamento das Intervenções (Apêndice B). Também devem estar familiarizados com a estrutura e o conteúdo da classificação para terem certeza de que suas ideias são únicas e de que estão bem-apresentadas. Cada apresentação é avaliada por meio de um processo de revisão. Todos aqueles cujas sugestões enviadas estão sendo empregadas na NIC recebem um agradecimento na edição seguinte.

Entre as publicações da primeira e da segunda edição, cerca de uma dúzia de apresentações para intervenções novas ou revisadas foram recebidas. A maior parte delas veio de membros de um dos locais que foram realizados testes-piloto ou de estudantes que trabalhavam com alguém que fazia parte da equipe de pesquisadores. Desde a publicação da segunda edição, o número de apresentações tem aumentado, com contribuições oriundas de uma base de utilização mais ampla. Algumas destas baseiam-se em estudos de validação, sendo propostas alterações com base neste estudo. Outras são baseadas no uso clínico, e as sugestões de alterações tem-se baseado em alterações da prática. Na preparação da quinta edição, os editores lançaram um comunicado para revisores especialistas, convidando-os a auxiliarem na revisão das intervenções da NIC, para assegurar que a prática corrente fosse refletida. Mais de 60 enfermeiros foram voluntários para prestar auxílio em 16 áreas de especialidades. Para cada revisor, foram enviadas por e-mail de duas a quatro intervenções em suas respectivas áreas de conhecimento. Eles foram solicitados a fazer uma revisão analisando a integridade e as alterações necessárias, e a fornecerem referências recentes. Os revisores participantes são agradecidos na lista de reconhecimento da quinta edição. Oferecer seus conhecimentos como revisor é um bom modo de contribuir para a atualização contínua da classificação. Utilizem o formulário no Apêndice E para se cadastrarem.

Desde o começo, mantivemos uma lista de “intervenções sob consideração”, a qual é uma lista de ideias para novas intervenções que podem ser necessárias na NIC. Colaboradores e estudantes de graduação têm desenvolvido novas intervenções com base nesta lista. Para manter a NIC atualizada com as alterações da prática, sempre haverá uma lista de sugestões para intervenções novas. As intervenções de Marketing Social e Reconciliação de Medicamentos surgiram de uma lista produzida para esta edição. (Esta lista de “intervenções sob consideração” não foi publicada na NIC devido a constantes alterações, porém está disponível a quem fizer sua solicitação junto ao Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.) Todas as intervenções novas são colocadas na classe e no domínio apropriado da taxonomia, e codificadas conforme cada nova edição é preparada para publicação.

Intervenções voltadas à Comunidade

Apesar da segunda edição da NIC incluir algumas intervenções (p. ex., Controle do Ambiente: Comunidade, Educação em Saúde, Avaliação da Saúde, Controle de Imunização/Vacinação, Identificação de Riscos e Assistência para parar de Fumar) que podem ser usadas nas comunidades (coletividades), seu número de

intervenções era reduzido e não era visível na NIC. Toda a equipe de pesquisa decidiu estudar esta área, e no decorrer de um ano ou mais antes da publicação da terceira edição da NIC em 2000, leram e discutiram múltiplos materiais relacionados à natureza da prática comunitária. Esta área de intervenção foi reconhecida como de especial importância em países em desenvolvimento, nos quais a ação de enfermagem costumava ser direcionada a toda comunidade. É também uma área de grande importância nos Estados Unidos, conforme a assistência de saúde se torna mais preventiva e centralizada na comunidade. De acordo com Deal, “Conforme o impacto devastador de problemas de saúde tais como Aids, mortalidade infantil, gravidez na adolescência, abuso infantil e violência doméstica se tornam mais evidentes em todo o país, há uma clara necessidade de programas de saúde efetivos, que atendam à população... é imperativo que os enfermeiros que tratam da saúde coletiva definam seus serviços e proporcionem evidências que sustentem a efetividade das intervenções que oferecem” (p. 315)²². A Divisão de Enfermagem de Saúde Comunitária da ANA⁵ define enfermagem de saúde comunitária como uma síntese da prática de enfermagem e da prática de saúde pública aplicada na promoção e na conservação da saúde das populações, com a responsabilidade dominante em relação a população como um todo. Uma população é um conjunto de indivíduos que possuem uma ou mais características pessoais (p. ex., gênero, idade) ou ambientais (p. ex., país, local de trabalho) em comum. Após a leitura e discussão, definimos uma intervenção em saúde comunitária do seguinte modo: “Uma intervenção comunitária (ou em saúde coletiva) tem o objetivo de promover e preservar a saúde das populações. As intervenções voltadas para a comunidade enfatizam a promoção e a manutenção da saúde e a prevenção de doenças nas populações, e incluem estratégias voltadas para a situação social e política em que vive a população”.

Seguindo-se a este período de estudo, vários dos membros mais novos da equipe de pesquisa que possuíam habilidades em saúde comunitária (Mary Tarbox, Mary Aquilino, Eleanor McClelland e Barbara Head) assumiram a liderança no desenvolvimento de várias novas intervenções comunitárias. Após a revisão e discussão por toda a equipe de pesquisa, foi criado o novo domínio de Comunidade, o qual foi adicionado à taxonomia da NIC na terceira edição. Acreditamos que esta edição dá a esta importante área da enfermagem o reconhecimento apropriado, e irá encorajar a identificação e articulação de intervenções únicas nesta área. A quarta e a quinta edição incluíram intervenções adicionais ao domínio da comunidade.

Ligações com a NANDA-I, o Sistema de Omaha, NOC, Protocolos de Avaliação Residente (PAR) e Conjunto de Informações de Resultados e Avaliações (CIRA)

Durante os últimos anos, um grande esforço tem sido empreendido para o desenvolvimento das ligações. Estes esforços foram iniciados durante os testes de campo da NIC, quando os enfermeiros das instituições clínicas perceberam as ligações entre os diagnósticos de enfermagem. Em 1992, um dos membros da equipe que também era diretora de enfermagem em um dos campos de estudo (Jeanette Daly), auxiliada por outros membros da equipe, assumiu a responsabilidade de uma série de etapas para vincular as intervenções da NIC aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Em 1993, estas correlações iniciais foram impressas em uma monografia e uma lista de ligações foi publicada na segunda edição da NIC⁵⁰. Atualizamos as ligações entre as intervenções da NIC e os diagnósticos da NANDA-I para a quarta e a quinta edição. Na quinta edição, esta informação será transferida do livro para um site, sendo que a maioria dos leitores poderá acessar o livro de ligações³⁹. São fornecidas intervenções da NIC para cada diagnóstico da NANDA-I, em duas seções: intervenções sugeridas e intervenções adicionais optativas. Os pontos mais óbvios das intervenções sugeridas também são indicados. O formato fornece uma orientação para o enfermeiro, porém é necessário utilizar raciocínio clínico para selecionar as intervenções adequadas.

Em 1998, completamos as ligações com os dados dos resultados da NOC e também os publicamos sob a forma de monografia³⁷. Para cada um dos 190 resultados presentes na edição de 1999 do livro da NOC⁴¹, fornecemos intervenções da edição de 1996 do livro da NIC⁵⁰, empregando o mesmo formato utilizado para

as ligações com os diagnósticos de NANDA-I. Em 2001, os principais pesquisadores da NIC e da NOC, conduzidos por Marion Johnson, estabeleceram ligações entre os resultados da NOC, as intervenções da NIC e os diagnósticos da NANDA-I, e as publicaram em um livro⁴⁰. Este livro mostra como as três linguagens NNN podem ser utilizadas juntas. As ligações baseiam-se sobretudo na opinião de especialistas e devem ser vistas como uma ferramenta para auxiliar a produção de decisões clínicas. Este trabalho também é útil para desenvolvedores de sistemas de informação em enfermagem, na estruturação do conhecimento de enfermagem clínica. Em 2006, a segunda edição³⁹ foi publicada, incorporando as versões mais recentes da NANDA-I, NOC e NIC.

A NIC também foi correlacionada a outras classificações. Em 1996, publicamos uma monografia intitulada “as intervenções da NIC vinculadas ao Sistema de Problemas OMAHA (Interventions Linked to the Omaha System Problems)”³⁶. Esta lista de ligações (que fornece ligações entre a lista de problemas de Omaha de 1992 e a lista de intervenções da NIC de 1996) ficou pronta em resposta a solicitações provenientes de enfermeiras atuantes em comunidades, que estavam utilizando a lista de problemas do Sistema de Omaha, mas que desejam um conjunto de intervenções mais abrangente como o da NIC. A monografia deste trabalho está disponível no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. Ligações entre NIC e NOC e mais outras duas classificações (RAP [Protocolos de Avaliação Residente, Resident Assessment Protocols e CIRA [Conjunto de Informações de Resultados e Avaliações, Outcome and Assessment Information Set], para uso na assistência domiciliar avançada) haviam sido finalizadas e já estavam disponíveis sob a forma de monografias^{15,18} no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. Cada uma das ligações foi designada para auxiliar a utilização da NIC e da NOC junto de instrumentos de coleta de dados de uso obrigatório, necessários para o reembolso dessas instituições.

Fomos avisados de que estas ligações são muito úteis na construção de sistemas informatizados. Embora as ligações estejam fundamentadas na opinião de especialistas, futuramente poderão ser validadas pelo estudo de seu uso atual na prática. Trata-se de uma tarefa que demanda tempo, em especial quando devem ser produzidas novas atualizações, mas o resultado é útil ao trabalho dos enfermeiros na tomada de decisão clínica e também no ensino do raciocínio aos alunos.

Auxílio na implementação e pesquisa efetiva

Também produzimos outros trabalhos que ajudam na implementação de linguagens padronizadas e temos trabalhado em métodos para realização de uma pesquisa efetiva para estudar a documentação da prática empregando uma linguagem padronizada.

Estimativa de tempo e requisitos educacionais para as intervenções da NIC. Isto foi publicado pela primeira vez sob a forma de monografia¹⁷ e está incluído nesta edição, na Parte V. Estimamos o tempo gasto e o tipo de pessoal necessário na realização de cada uma das 542 intervenções presentes neste livro. O leitor deve ler um artigo intitulado “Determining Cost of Nursing Interventions: A Beginning”³⁸ para obter informação sobre como as estimativas de tempo e de requisitos educacionais podem ser utilizadas na determinação dos custos e das taxas de enfermagem para a prestação de assistência. A introdução da Parte V explica o método e o raciocínio adotados nas avaliações. Também estão incluídas tabelas resumidas que podem auxiliar educadores ou administradores na escolha do nível em que devem ensinar as intervenções, ou sobre qual tipo de equipe é necessário para realizá-las.

Guia curricular para implementação da NANDA, NIC e NOC em currículos sem graduação. Este guia está disponível sob o formato de monografia²⁶ no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, sendo útil para auxiliar a faculdade com programas de educação para implementar linguagens padronizadas em seus currículos e cursos. Cynthia Finesilver e Debbie Metzler, membros de faculdade no Bellin College em Green Bay, Wisconsin, juntamente com seus colaboradores e alguns de seus estudantes, têm escrito sobre as

atribuições do processo e do curso utilizadas para integrar a linguagem padronizada em 12 cursos de enfermagem em seus currículos. Para cada curso, são incluídas atribuições atuais de estudantes que foram finalizadas. Até onde sabemos, esta é a primeira publicação a demonstrar o uso de uma linguagem padronizada por todo um currículo sem graduação. Agradecemos os autores por gastarem seu tempo para escrever e organizar o material.

NIC e NOC 101: O básico. Este curso de internet examina a importância do uso de uma linguagem padronizada na assistência ao paciente e na disciplina de enfermagem, centralizando-se na documentação das intervenções de enfermagem e nos resultados dos pacientes sensíveis à enfermagem. O ponto principal do curso é a visão geral sobre as duas linguagens padronizadas desenvolvidas em Iowa, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), incluindo a implementação e o emprego. Informação sobre o Center for Nursing Classification, da Faculdade de Enfermagem, que pode facilitar o trabalho em andamento está incluída. Para mais informações, acesse <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc> e clique em “Web Courses”.

Métodos para conduzir uma pesquisa eficácia. Em março de 2006, terminou o financiamento efetivo de cinco anos concedido pelo NINR e AHRQ, intitulado “Nursing Interventions and Outcomes em 3 Older Populations” (Titler, R01 NR 05331)⁷⁰. As co-principais pesquisadoras foram Marita Titler, PhD, RN, e Joanne Dochterman, PhD, RN. Os demais pesquisadores foram: Debra M. Picone, PhD, RN; Linda Everett, PhD, RN; Sue Moorhead, PhD, RN; Gloria Bulechek, PhD, RN; Ginette Budreau, RN, BC, MA, MBA; Paul Abramowitz, PharmD, FASHP; Lee Carmen, MSEE e Vicki Krauss, PhD, RN. O estudo examinou o emprego das intervenções em três grupos de pacientes idosos em um estabelecimento de assistência aguda que possuía um grande sistema eletrônico para documentação de assistência de enfermagem. O objetivo da concessão, concluída, era:

Identificar as intervenções de enfermagem frequentemente utilizadas, os tratamentos farmacológicos e médicos para idosos hospitalizados com falência cardíaca e quadril fraturado, e para aqueles que receberam a intervenção de enfermagem de Prevenção de Quedas.

Descrever as relações entre as características dos pacientes, condições clínicas dos pacientes (diagnósticos médicos, gravidade da doença), tratamentos (intervenções de enfermagem, tratamentos médicos e farmacológicos), características das unidades de enfermagem e resultados de pacientes idosos hospitalizados (falência cardíaca; quadril fraturado; prevenção da queda).

(A) Comparar o custo dos cuidados agudos dos pacientes que receberam intervenção de enfermagem de Controle da Dor com aquelas hospitalizações que não receberam a intervenção dentro do grupo de procedimentos de quadril. (B) Comparar a disposição de alta das hospitalizações que receberam a intervenção de enfermagem de Controle Hídricos com as hospitalizações que não receberam a intervenção dentro do grupo de falência cardíaca. (C) Comparar os custos das hospitalizações que receberam intervenção de enfermagem de Vigilância com as hospitalizações que foram pouco fiscalizadas.

Desenvolver um manual para a criação e uso de um banco de dados para pesquisa de eficácia, construído de banco de dados eletrônicos.

Este estudo representa uma etapa inicial essencial no desenvolvimento de uma pesquisa eficácia em enfermagem, utilizando grandes bancos de dados. Conforme a comunidade de enfermeiros tem se comprometido a acrescentar variáveis de enfermagem aos Registros eletrônicos dos pacientes por meio da documentação da prática, empregando uma linguagem padronizada, torna-se importante desenvolver métodos pelos quais os dados eletrônicos que residem em diferentes depósitos possam ser encontrados e analisados para uma pesquisa eficiente de resultados de enfermagem. O estudo tem desenvolvido uma

abordagem metodológica para conduzir tal pesquisa usando dados clínicos e operacionais existentes que estejam em depósitos eletrônicos. Os resultados são úteis para aqueles que estejam construindo sistemas de documentação clínica bem como para os que desejam usar os dados gerados pelo uso de tais sistemas. Múltiplas publicações têm sido produzidas da pesquisa e várias outras ainda estão sendo escritas. As que já foram publicadas estão no prelo e em revisão são listadas a seguir:

Dochterman, J., Titler, M., Wang, J., Reed, D., Pettit, D., Mathew-Wilson, M., Budreau, G., Bulechek, G., Kraus, V., Kanak, M. (2005). Describing nursing care using standardized language. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 57-66.

Kanak, M., Titler, M., Shever, L., Fei, Q., Dochterman, J., Picone, D. (no prelo). The effects of hospitalization on multiple units. *Applied Nursing Research*.

Titler, M., Dochterman, J., Pettit, D., Everett, L., Xie, X., Kanak, M., Fei, Q. (2005). Cost of hospital care for elderly at risk of falling. *Nursing Economics*, 23(6), 290-306.

Titler, M., Dochterman, J., Reed, D. (2004). *Guideline for conducting effectiveness research in nursing and other healthcare services*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.

Titler, M., Dochterman, J., Xie, X., Kanak, M., Fei, Q., Picone, D., Shever, L. (2006). Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research*, 55(4), 231-242.

Titler, M., Dochterman, J., Kim, T., Kanak, M., Shever, L., Picone, D., Everett, L., Budreau, G. (no prelo). Costs of care for seniors hospitalized for hip fractures and related procedures. *Nursing Outlook*.

Uso da NIC e da NOC em diretrizes. As diretrizes convertem o conhecimento científico em ação clínica, em um formato acessível aos clínicos. As diretrizes refletem o conhecimento gerado por meio da pesquisa e do consenso entre profissionais. Descrevem um processo de supervisão de cuidados ao paciente que tem potencial para melhorar a qualidade da tomada de decisões do clínico e do consumidor. A profissão de enfermagem tem se concentrado no desenvolvimento e no uso de diretrizes desde a iniciativa nacional da AHCPR nos anos 1990. Uma vez que o foco de uma diretriz seja a supervisão de uma condição clínica, a NIC e a NOC são muito úteis na descrição das intervenções e resultados de enfermagem nela contidos. Para ilustrar esta relação, temos trabalhado com o Gerontological Nursing Interventions Research Center (GNIRC) na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa para incorporar a NIC e a NOC nas diretrizes do GNIRC. Foram revisados cinco protocolos para incorporação da NIC e da NOC:

Bergman-Evans, B. (2005). *Evidence-based protocol: Improving medication management for older adult clients*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Daly, J. M. (2004). *Evidence-based protocol: Elder abuse prevention*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Gaskamp, C. D., Meraviglia, M., Sutter, R. (2005). *Evidence-based protocol, Promoting spirituality in the older adult*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.

Hertz, J. E., Koren, M. E., Robertson, J. F., Rossetti, J. (2005). *Evidence-guideline: Management of relocation in cognitively intact older adults*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological

McLennon, S. M. (2005). *Evidence-based protocol: Persistent pain management*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.

O trabalho sobre a inserção da NIC e da NOC em diretrizes está em progresso.

(<http://www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/protocols.htm>).

O trabalho com outras organizações

Com o passar dos anos, trabalhamos com múltiplos grupos e organizações para implementar a NIC. Temos trabalhado com organizações-padrão de assistência de saúde nacionais para implementar a NIC e a NOC. Por exemplo, em 1998, submetemos informação sobre a NIC e a NOC ao Health Informatics Standards Board (HISB) do American National Standards Institute (ANSI) para serem incluídas no Inventário do Registro de Padrões da Informação Clínica, que foi apresentado ao Department of Health and Human Services. Além disso, desde junho de 1998, temos trabalhado com indivíduos da Alternative Link, uma empresa localizada em Las Cruces, New México, para incorporar as intervenções da NIC aos Códigos ABC² que estão desenvolvendo para reembolsar a cuidadores de procedimentos alternativos. A Alternative Link solicitou ao CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services [antigo HCFA]) para ser reconhecida como um sistema de reembolso. Em 2001, a NIC foi submetida e registrada no HL7 (Health Level 7), a organização de padrões em assistência de saúde dos Estados Unidos. A NIC está incluída na Nomenclatura Sistematizada de Medicina de Termos Clínicos (SNOMED CT, Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms), que foi desenvolvida pela Faculdade de Patologistas Americanos em Chicago, Illinois, e tem como objetivo ser uma ampla fonte de referências de terminologias da saúde para registro eletrônico. Um artigo recente⁴³ utilizou a NIC para testar um método de validação por mapeamento de uma linguagem fonte na SNOMED CT.

Quando somos solicitados, também prestamos consultas a autores e fornecedores que estejam incorporando a NIC em seus livros e sistemas de informação. Um número crescente de fornecedores de sistemas de informação em enfermagem está introduzindo a NIC e a NOC em seus sistemas, e mais pessoas estão demonstrando interesse como resultado da grande demanda dos usuários. Continuamos recebendo muitos pedidos de apresentações sobre NIC e a NOC, e graças à disponibilidade da tecnologia das webconferências, esta tarefa está se tornando mais fácil. No Apêndice C, incluímos a cronologia e os destaques dos principais eventos relacionados ao desenvolvimento e implementação da NIC no decorrer dos anos.

RESUMO

Uma grande equipe de pesquisa vem trabalhando desde 1987 para construir, validar e implementar uma linguagem padronizada para tratamentos de enfermagem. Este capítulo, sobretudo, faz uma descrição de como o trabalho começou e das razões que levaram ao desenvolvimento da NIC. O desenvolvimento da NIC é, então, descrito em quatro fases: construção da classificação, construção da taxonomia, teste clínico e refinamento e uso e manutenção. Neste livro, fornecemos uma revisão ampla, porém não detalhada, do desenvolvimento da NIC, de modo que aqueles que estão conhecendo essa classificação possam entender sua história. Uma variedade de métodos qualitativos e quantitativos tem sido empregada na construção da NIC, incluindo análise de conteúdo, pesquisa por especialistas, revisão por grupo focal, avaliações de semelhança, análise hierárquica e escalada multidimensional. A principal realização dos últimos anos foi o reconhecimento da utilidade da NIC e sua crescente implementação em instituições de prática e em programas educacionais.

Leituras Sugeridas

- Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR program note. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1990.
- Alternative Link, Inc. ABC coding manual for integrative healthcare, 7th ed. Albuquerque, NM: Alternative Link, Inc, 2005.
- American Medical Association. Physicians' current procedural terminology, 4th ed. Chicago: American Medical Association, 1986.
- American Medical Association. Troubled past of „invisible” profession. *JAMA*. 1990;264(22):2851-2857.
- American Nurses' Association. A conceptual model of community health nursing practice. Kansas City: American Nurses' Association, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1992.
- Barry-Walker J., Bulechek G.M., McCloskey J.C. A description of medical-surgical nursing. *MedSurg Journal*. 1994;3(4):261-268.
- Benner P. From novice to expert. Menlo Park CA: Addison-Wesley, 1984.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses. Philadelphia: WB Saunders, 1985.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C. Nursing interventions: What they are and how to choose them. *Holistic Nursing Practice*. 1987;1(3):36-44.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. Symposium on nursing interventions: Nursing Clinics of North America. Philadelphia: WB Saunders, 1992.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., Titler M.C., Denehy J.A. Report on the NIC project: Interventions used in practice. *American Journal of Nursing*. 1994;49(10):59-64. 66
- Carpenito L.J. Nursing diagnoses: Application to clinical practice, 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1989.
- Carter J. Implementation of the Nursing Interventions Classification (NIC) in five clinical sites. Iowa City, IA: The University of Iowa, 1995. PhD dissertation
- Center for Nursing Classification, Cox R. Preparer. Standardized nursing language in long term care. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, 2000.
- Center for Nursing Classification. Nursing Interventions Classification (NIC) Publications: An Anthology. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, 1996.
- Center for Nursing Classification. Estimated time and educational requirements to perform 486 nursing interventions. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, 2001.
- Center for Nursing Classification. NIC interventions and NOC outcomes linked to the OASIS Information Set. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, 2000.
- Cohen M.Z., Kruckeberg T., McCloskey J.C., Bulechek G., Craft M.J., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Maas M., Prophet C.M. Inductive methodology and a research team. *Nursing Outlook*. 1992;39(4):162-165.
- Cote R.A., Rothwell D.J., Beckett R.S., Palotay J.L., Brochu L. SNOMED international. Northfield, Ill: College of American Pathologists, 1993.
- Daly J.M., Button P., Prophet C.M., Clarke M., Androwich I. Nursing Interventions Classification implementation issues in five test sites. *Computers in Nursing*. 1997;15(1):23-29.
- Deal L.W. The effectiveness of community health nursing interventions: A literature review. *Public Health in Nursing*. 1994;11(5):315-323.
- Everitt B. Cluster analysis. London: Heinemann, 1974.
- Fehring R.J. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6):625-629.
- Fehring R.J. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In: Hurley M.E., editor. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. St Louis: Mosby; 1986:183-190.
- Finesilver C., Metzler D., editors. Curriculum guide for implementation of NANDA, NIC, and NOC into an undergraduate nursing curriculum. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, The University of Iowa College of Nursing, 2002.
- Gebbie K.M. Distinguished scholar address highlight of convention luncheon. *SCAN — News American Nursing Foundation*. 1990;Fall:4-6.
- Griffith H.M., Robinson K.R. Current procedural terminology (CPT) coded services provided by nurse specialists. *Image*. 1993;25(3):178-186.
- Griffith H.M., Thomas N., Griffith L. MDs bill for these routine nursing tasks. *American Journal of Nursing*. 1993;91(1):22-25.
- Health Care Financing Administration: HCFA. Common procedure coding system (HCPCS). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Government Printing Office, 1992.
- Henderson V. Basic principles of nursing care. London: ICN House, 1961.
- Iowa Intervention Project. Nursing Interventions Classification (NIC): Taxonomy of nursing interventions. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing, 1992. (Out of Print)
- Iowa Intervention Project. The NIC taxonomy structure. *Image*. 1993;25(3):187-192.
- Iowa Intervention Project. Validation and coding of the NIC taxonomy structure. *Image*. 1995;27(1):43-49.

- Iowa Intervention Project. NIC implementation manual. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing, Center for Nursing Classification, 1996. (Out of Print)
- Iowa Intervention Project. NIC interventions linked to Omaha System problems. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing, Center for Nursing Classification, 1996.
- Iowa Intervention Project. NIC interventions linked to NOC outcomes. Iowa City, IA: The University of Iowa College of Nursing, Center for Nursing Classification, 1998. (Out of Print)
- Iowa Intervention Project. Determining cost of nursing interventions: A beginning. *Nursing Economics*. 2001;19(4):146-160.
- Johnson M., Bulechek G., Butcher H., Dochterman J.M., Maas M., Moorhead S., Swanson E., editors. NANDA, NOC and NIC linkages. St. Louis: Mosby Elsevier, 2006.
- Johnson M., Bulechek G., Dochterman J., Maas M., Moorhead S. Nursing diagnoses, outcomes, interventions: NANDA, NOC, and NIC linkages. St. Louis: Mosby, 2001.
- Johnson M., Maas M., editors. Nursing outcomes classification (NOC). St. Louis: Mosby, 1999.
- Kane M., Kingsbury C., Colton D., Estes C. A study of nursing practice and role delineation and job analysis of entry-level performance of registered nurses. Chicago: National Council of State Boards of Nursing, 1986.
- Lu D.F., Eichmann D., Konicek D., Park H.T., Ucharattana P., Delaney C. Standardized nursing language in the systematic nomenclature of medicine clinical terms. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*. 2006;24(5):288-296.
- Martin K.S., Scheet N.J. The Omaha System: Applications for community health nursing. Philadelphia: WB Saunders, 1992.
- McCarty P. Nurses see new horizons for organized nursing. *American Nurse*. 1989;21(8):110-112.
- McCloskey J.C. Implications of costing out nursing services for reimbursement. *Nursing Management*. 1989;20(1):44-49.
- McCloskey J.C., Bulechek G.M., editors. Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis: Mosby, 1992.
- McCloskey J.C., Bulechek G.M. Defining and classifying nursing interventions. In: Moritz P., editor. *Patient outcomes research: Examining the effectiveness of nursing practice Proceedings of the state of the science conference (NIH Publication 93-3411)*. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office, 1992.
- McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing intervention schemes. In *Papers from the nursing minimum data set conference*. Ottawa, Canada: Canadian Nurses Association; 2005.
- McCloskey J.C., Bulechek G.M., editors. Nursing Interventions Classification (NIC), 2nd ed., St. Louis: Mosby, 1996.
- McCloskey J.C., Bulechek G.M., Donahue W. Nursing interventions core to specialty practice. *Nursing Outlook*. 1998;46(2):67-76.
- McCloskey J.M., Bulechek G.M., Moorhead S., Daly J. Nurses' use and delegation of indirect care interventions. *Nursing Economics*. 1996;14(1):22-23.
- McCloskey J.C., Gardner D.L., Johnson M. Costing out nursing services: An annotated bibliography. *Nursing Economics*. 1987;5(5):245-253.
- McFarland G.K., McFarlane E. Nursing diagnosis and intervention. St. Louis: Mosby, 1989.
- Milton D.A., Verran J.A., Gerber R.M., Fleury J. Tools to evaluate reengineering progress. In: Blancett S.S., Flarey L., editors. *Reengineering nursing and health care*. Gaithersburg, MD: Aspen; 1995:195-202.
- Moorhead S.A., McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing interventions classification: A comparison with the Omaha System and the Home Healthcare Classification. *Journal of Nursing Administration*. 1993;23(10):23-29.
- Moorhouse M.F., Geissler A.C., Doenges M.E. Critical care plans: Guidelines for patient care. Philadelphia: F.A. Davis, 1987.
- Pearce N.D. Uniform minimum health data sets: Concept, development, testing, recognition for federal health use, and current status. In: Werley H.H., Lang N.M., editors. *Identification of the nursing minimum data set*. New York: Springer, 1988.
- Pei M. The story of language. Philadelphia: JB Lippincott, 1964.
- Practice Management Information Corporation: HCPCS. National level II Medicare codes — HCFA Common procedure coding system. Los Angeles: PMIC, 1992.
- Practice Management Information Corporation. ICD-9-CM International classification of diseases clinical modification, 3rd ed, 9th rev. Los Angeles: PMIC, 1989.
- Prescott P.A., Phillips C.Y., Ryan J.W., Thompson K.O. Changing how nurses spend their time. *Image*. 1991;23(1):23-28.
- Rogers E. Diffusion of innovations, 4th ed. New York: Free Press, 1995.
- Saba V.K., O'Hare P.A., Zuckerman A.E., Boondas J., Levine E., Oatway D.M. A nursing intervention taxonomy for home health care. *Nursing Health Care*. 1991;12(6):296-299.
- Saba V.K. The classification of home health care nursing: Diagnoses and interventions. *Caring Magazine*. 1992;11(3):50-57.

- › Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. Introduction to the international classification of nursing knowledge. Indianapolis: Author, 1987.
- › Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED). Web site. <http://www.snomed.org>.
- › Steelman V., Bulechek G.M., McCloskey J.C. Toward a standardized language to describe perioperative nursing. *AORN Journal*. 1994;60(5):786-795.
- › Titler M., Bulechek G.M., McCloskey J.C. Use of the Nursing Interventions Classification by critical care nurses. *Critical Care Nursing*. 1996;16(4):38-54.
- › Titler, M., & Dochterman, J. (Co-PIs) *Nursing Interventions & Outcomes in 3 Older Populations*, 5 R01 NR05331-02, National Institute of Nursing Research & the Agency for Healthcare Research and Quality 07/01/2001–03/31/2005
- › Titler M., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.
- › Verran J. Delineation of ambulatory care nursing practice. *Journal of Ambulatory Care Management*. 1981;4:1-13.
- › Visiting Nurse Association of Omaha. Client management information system for community health nursing agencies. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1986. Publication No. HRP-0907023
- › Werley H.H., Devine E.C. The nursing minimum data set: status and implications. In: Hannah K.J., editor. *Clinical judgment and decision making: The future with nursing diagnosis*. New York: John Wiley and Sons, 1987.
- › Werley H.H., Lang N.M., editors. Identification of the nursing minimum data set. New York: Springer, 1988.
- › Werley H.H., Lang N.M., Westlake S.K. The nursing minimum data set conference: Executive summary. *Journal of Professional Nursing*. 1986;2(4):217-224.
- › World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th rev. Geneva: Author, 1992.

Uso da NIC

Uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados de um paciente. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) deve ser utilizada para comunicar as intervenções que os enfermeiros executam com pacientes, famílias, comunidades ou sistemas de saúde. Quando a NIC é utilizada para documentar uma prática, então temos o início de um mecanismo de determinação do impacto da assistência de enfermagem sobre os resultados dos pacientes. Este capítulo possui cinco partes. A Parte I identifica e discute seis fatores que devem ser considerados quando um enfermeiro escolhe uma intervenção para um determinado paciente. A Parte II discute a implementação da NIC em uma instituição de prática clínica. Várias diretrizes úteis para implementação e informatização, os potenciais usos de dados computadorizados e a construção de um banco de dados útil são tratados. A Parte III analisa o uso da NIC no ensino. A Parte IV é uma visão geral de um modelo que ilustra os três níveis de utilização dos dados da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados). Na Parte V há uma discussão de algumas das vantagens do uso da linguagem padronizada. Na Parte VI, Outcome-Present State-Test Model (OPTmodel) de raciocínio clínico refletivo é utilizado para ilustrar como a NIC pode ser aplicada na elaboração de uma decisão clínica.

SELECIONANDO UMA INTERVENÇÃO

A seleção de uma intervenção de enfermagem para um paciente em particular é parte do processo de decisão clínica do enfermeiro. Devem ser considerados seis fatores na escolha de uma intervenção: os resultados esperados do paciente, as características do diagnóstico de enfermagem, uma base de pesquisa para a intervenção, exequibilidade para realizar a intervenção, aceitação do paciente e capacidade do enfermeiro.

Resultados Esperados do Paciente

Os resultados que se espera conseguir junto ao paciente devem ser especificados antes que a intervenção seja escolhida. Estes resultados servem como critérios com base nos quais o sucesso da intervenção deve ser julgado. Os resultados descrevem comportamentos, reações, sentimentos do paciente em resposta ao cuidado oferecido. Muitas variáveis influenciam os resultados, incluindo o problema clínico, as intervenções prescritas pelos provedores de cuidado a saúde, os próprios cuidadores, o ambiente em que é recebido o cuidado, a motivação do paciente, a estrutura genética e a fisiopatologia, entre outros fatores importantes para o paciente. Provavelmente existem mais variáveis intervenientes ou mediadoras em cada situação, tornando mais difícil estabelecer uma relação causal entre as intervenções de enfermagem e os resultados do paciente em alguns casos. O enfermeiro deve identificar, para cada paciente, os resultados que podem ser esperados e que podem ser alcançados como consequência da assistência de enfermagem. Pinkley³⁰ aconselha-nos a escolher os resultados para um paciente no contexto de todos os diagnósticos de enfermagem, não apenas visando o alívio da etiologia de um dos diagnósticos. De acordo com Pinkley, a escolha dos resultados deve estar voltada para a otimização da saúde e não só aliviar os problemas.

Um modo excelente de especificar os resultados é com o uso da Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)²⁴. Conforme indicado no capítulo anterior, a NOC contém resultados individuais para um paciente e para os responsáveis da família, os quais representam todas as situações e especialidades

clínicas. A NOC descreve os estados do paciente em um nível conceitual com os indicadores que se esperam que respondam à intervenção de enfermagem. Isto possibilita a medição dos resultados a qualquer momento durante uma sequência contínua, do mais negativo ao mais positivo em diferentes pontos no tempo. Os resultados da NOC podem ser utilizados para monitorar a extensão do progresso, ou a falta de progresso, por todo um episódio e ao longo de diferentes situações de assistência. O resultado da NOC de Autocontrole da Ansiedade é apresentado no [Quadro 3-1](#), para mostrar o título, definição, indicadores e escala de medidas. Os resultados da NOC mostram ligações com os diagnósticos da NANDA-I, e tais ligações podem ser vistas na parte traseira do livro da NOC. As intervenções da NIC também apresentam ligações com os resultados da NOC e com os diagnósticos da NANDA, e tais ligações estão disponíveis em um livro cujo título é NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnosis, Outcomes and Interventions²².

Quadro 3-1 Um exemplo de Resultado da (Classificação dos Resultados de Enfermagem) Autocontrole da Ansiedade-1402

**Um exemplo de Resultado da (Classificação dos Resultados de Enfermagem)
Autocontrole da Ansiedade-1402**

Domínio — Saúde Psicossocial (III)

Receptor do Cuidado:

Classe — Autocontrole (O)

Data da coleta

Escala(s) — Nunca demonstrado a Demonstrado consistentemente (m)

Definição: Ações pessoais para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão, tensão ou desconforto de uma fonte não identificável

ALVO DO RESULTADO: Autocontrole da ansiedade Avaliação geral	Manter em _____		Aumentar para _____			
	Nunca demonstrada	Demonstrada raramente	Demonstrada algumas vezes	Demonstrada várias vezes	Demonstrada consistentemente	
	1	2	3	4	5	
Indicadores:						
140201 Monitora a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140202 Elimina os precursores da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140203 Reduz os estímulos ambientais quando está ansioso	1	2	3	4	5	NA
140204 Busca informação para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140205 Planeja estratégias para enfrentar situações estressantes	1	2	3	4	5	NA
140206 Usa estratégias de enfrentamento eficiente	1	2	3	4	5	NA
140207 Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140208 Monitora a duração dos episódios	1	2	3	4	5	NA
140209 Monitora a duração do intervalo entre os episódios	1	2	3	4	5	NA
140210 Mantém o desempenho de papéis	1	2	3	4	5	NA
140211 Mantém os relacionamentos sociais	1	2	3	4	5	NA
140212 Mantém a concentração	1	2	3	4	5	NA
140213 Monitora distorções de percepção sensorial	1	2	3	4	5	NA
140214 Mantém o sono adequado	1	2	3	4	5	NA
140215 Monitora as manifestações físicas da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140216 Monitora as manifestações comportamentais da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140217 Controla a resposta da ansiedade	1	2	3	4	5	NA

Primeira edição 1997; segunda edição revisada; terceira edição revisada 2004.

Referências sobre o Conteúdo dos Resultados:

- Hudson, W.W. (1992). *The WALMYR assessment scales scoring manual*. WALMYR Publishing Co.: Tempe, AZ.
- Laraia, M.T., Stuart, G.W., Best, C.L. (1989). Behavioral treatment of panic-related disorders: A review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(3), 125-133.
- Moorhead, S.A., Brighton, V.A. (2001). Anxiety and fear. In: M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions* (p. 571-592). St. Louis: MO: Mosby.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th ed.). MO: Mosby: St. Louis.
- Tucker, S., Moore, W., Luedtke, C. (2000). Outcomes of a brief inpatient treatment program for mood and anxiety disorders. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 4(3), 117-123.
- Waddell, K.L., Demi, A.S. (1993). Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 2-10.

Fonte: Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (Eds.). (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Referências sobre o Conteúdo dos Resultados:

- Laraia M.T., Stuart G.W., Best C.L. Behavioral treatment of panic-related disorders: A review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1989;3(3):125-133.
- Moorhead S.A., Brighton V.A. Anxiety and fear. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., Tripp-Reimer T., Titler M., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions*. St. Louis: MO: Mosby; 2001:571-592.
- Stuart G.W., Laraia M.T. Principles and practice of psychiatric nursing, 7th ed. St. Louis MO: Mosby, 2001.
- Tucker S., Moore W., Luedtke C. Outcomes of a brief inpatient treatment program for mood and anxiety disorders. *Outcomes Management for Nursing Practice*. 2000;4(3):117-123.
- Waddell K.L., Demi A.S. Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1993;7(1):2-10.
- Fonte Moorhead S., Johnson M., Maas M., Swanson E., editors. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, 4th ed., St. Louis, MO: Mosby, 2008.

Características dos Diagnósticos de Enfermagem

Resultados e intervenções são selecionados em relação a determinados diagnósticos de enfermagem. A intervenção é voltada para alterar os fatores etiológicos (na Taxonomia de NANDA, *os fatores relacionados*) associados ao diagnóstico. Se a intervenção é bem-sucedida na alteração da etiologia, pode se esperar que o estado do paciente melhore. De acordo com Bulechek e McCloskey^{4,5}, nem sempre é possível mudar estes fatores e quando isso ocorre, é preciso tratar os sinais e sintomas (na taxonomia de NANDA, *as características definidoras*). Para diagnósticos de potencial ou de alto risco, as intervenções visam mudar ou eliminar os fatores de risco para o diagnóstico.

Base de Pesquisa para Intervenção

O enfermeiro que utiliza uma intervenção deve estar familiarizado com sua base de pesquisa. Esta pesquisa indicará a eficácia do uso da intervenção com certos tipos de pacientes. Algumas intervenções foram amplamente testadas para populações específicas, enquanto outras ainda estão em fase de desenvolvimento conceitual e foram pouco ou não foram testadas empiricamente. Enfermeiros conhecem a pesquisa relacionada a determinadas intervenções por meio de seus programas educacionais, e da manutenção de seu conhecimento atualizado. Caso não haja nenhuma pesquisa de base para uma intervenção para auxiliar o enfermeiro na escolha de uma intervenção, então o enfermeiro utilizaria princípios científicos (p. ex, transmissão de infecção) ou consultaria um especialista sobre populações específicas em que ela possa ser efetiva³³.

Praticabilidade para Realização da Intervenção

Preocupações relacionadas à praticabilidade incluem os meios pelos quais uma intervenção em particular interage com outras intervenções, tanto as do enfermeiro como as de outros provedores de assistência de saúde. É importante que o enfermeiro esteja envolvido no plano total de assistência ao paciente. Outras preocupações relacionadas à praticabilidade, críticos no ambiente atual de assistência de saúde, são o custo da intervenção e o tempo para sua implementação. O enfermeiro precisa considerar as intervenções dos outros provedores, o custo das intervenções e o tempo gasto em sua escolha.

Aceitação pelo Paciente

Uma intervenção precisa ter aceitação do paciente e sua família. Frequentemente, o enfermeiro é capaz de recomendar uma escolha de intervenções para ajudar a alcançar um resultado em particular. Para cada intervenção, visando facilitar a escolha notificada, o paciente deve ser informado sobre como é esperado que ele/ela participe. Os valores, as crenças e cultura do paciente devem ser considerados e levado em conta na escolha de uma intervenção.

Capacidade do Enfermeiro

O enfermeiro deve ser capaz de realizar uma determinada intervenção. Bulechek e McCloskey^{4,5} destacam três áreas nas quais o enfermeiro deve ser competente. O enfermeiro deve (1) ter conhecimento acerca da fundamentação científica para a intervenção, (2) possuir as habilidades psicomotoras e interpessoais requeridas para a intervenção e (3) ser capaz de agir em uma determinada situação para utilizar de forma efetiva, os recursos de atenção à saúde. Não é difícil notar em toda a lista de intervenções que nenhum enfermeiro é capaz de realizar todas as intervenções. A enfermagem, como outras disciplinas de saúde, é uma área especializada, e os enfermeiros trabalham junto a suas especialidades podendo fazer referência ou prestar colaboração quando outras habilidades são necessárias.

Após considerar cada um dos fatores mencionados para um dado paciente, o enfermeiro deve selecionar a(s) intervenção(s). Este processo não consome tanto tempo quanto pode parecer quando é escrito. Conforme demonstrado por Benner¹, o estudante e o enfermeiro iniciante devem examinar de forma sistemática esses fatores, porém quando adquirem experiência, resumem as informações e se tornam capazes de reconhecer os padrões rapidamente. Uma das vantagens da classificação é facilitar o ensino e o aprendizado da tomada de decisão para os enfermeiros iniciantes. Usar uma linguagem padronizada para comunicar a natureza de nossas intervenções não significa que deixaremos de oferecer uma assistência individualizada. As intervenções são destinadas para os indivíduos por meio de uma seleção de atividades e pela modificação das atividades de acordo com o que é apropriado à idade do paciente e ao estado físico, emocional e espiritual tanto do paciente como de sua família. Tais modificações são realizadas pelo enfermeiro, usando julgamento clínico.

Na taxonomia (p. 72-91) intervenções similares encontram-se agrupadas. Os domínios e classes da taxonomia ajudam os enfermeiros clínicos a localizar e selecionar as intervenções mais adequadas para os pacientes. O nível de domínio ajuda o profissional a fazer a primeira escolha e as classes proporcionam um foco maior. Por exemplo, para localizar as intervenções para um paciente com problemas respiratórios, a classe do profissional deverá analisar Controle Respiratório; para localizar as intervenções de ensino, a classe de Educação do Paciente deve ser verificada. As intervenções presentes nas classes podem ser agrupadas em um sistema de informação. Outra maneira de localizar uma intervenção é usar as ligações com os diagnósticos NANDA-I disponibilizadas neste livro, ou no livro das ligações com os diagnósticos da NANDA e resultados da NOC que se encontram em um livro específico²². Com o tempo, conforme determinamos quais intervenções são usadas com mais frequência para obtenção de maior sucesso com um determinado paciente, esses conjuntos de indivíduos também podem ser agrupados.

IMPLEMENTANDO A NIC EM INSTITUIÇÃO DE PRÁTICA CLÍNICA

O tempo e o custo necessário para a implementação da NIC em um sistema de informação de enfermagem em uma instituição de prática clínica dependem da escolha e do uso do sistema de informação feito pela instituição, da competência dos enfermeiros para trabalharem com informática e da utilização e compreensão prévias da linguagem padronizada de enfermagem por parte do enfermeiro. A mudança para o uso da linguagem de enfermagem padronizada com emprego de computador representa, para muitos, uma mudança muito importante no modo como os enfermeiros tradicionalmente fazem a documentação, sendo necessárias estratégias eficientes de mudança. A total implementação da NIC em uma instituição pode levar de meses a anos, e a instituição deve dispor de recursos para programação dos computadores, ensino e treinamento. À medida que grandes fornecedores vêm disponibilizando sistemas de informação em enfermagem clínica, os quais incluem a NIC, a implementação se torna mais fácil. Nesta seção, incluímos ferramentas para implementação.

O **Quadro 3-2** apresenta as etapas para a implementação. Embora nem todas as etapas sejam realizadas

em todas as instituições, trata-se de uma lista útil para o planejamento da implementação. Temos observado que implementações bem-sucedidas requerem conhecimento sobre mudanças e sistemas de informação em enfermagem. Além disso, recomenda-se ter um processo de avaliação estabelecido. O [Quadro 3-3](#) é uma lista comentada de referências bibliográficas nas áreas de mudança, avaliação e sistemas de enfermagem que consideramos úteis para auxiliar os interessados na implementação da NIC. Outras leituras sobre NIC e NOC também foram incluídas e podem ajudar na implementação. É importante que as pessoas encarregadas do trabalho de implementação leiam boa parte desta bibliografia, e alguns livros devem ser selecionadas como recursos valiosos para os administradores e enfermeiros assistenciais e da prática. Outro modo de obter informação básica sobre NIC, NOC além de uma visão geral da linguagem padronizada, é fazer o webcurso disponível no site do Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness ([Quadro 3-4](#)).

Quadro 3-2 Etapas para a implementação da NIC em uma Instituição de Prática Clínica

A. Estabelecer Compromisso Organizacional com a NIC

- Identificar a pessoa-chave responsável pela implementação (p. ex., a pessoa encarregada da informática de enfermagem).
- Criar uma força tarefa de implementação com representantes das principais áreas.
- Disponibilizar materiais sobre a NIC para todos os membros da força tarefa.
- Convidar um membro da equipe de projeto da NIC para fazer uma apresentação para a equipe e para um encontro com a força tarefa.
- Adquirir cópias do livro da NIC, fazer com que leituras sobre a NIC e a *The Boletim NIC/NOC* circulem pelas unidades. Mostrar o vídeo da NIC.
- Fazer com que os membros da força tarefa comecem a usar a linguagem da NIC nas discussões diárias.
- Fazer com que pessoas-chave da força tarefa associem-se ao Center for Nursing Classification Listserv.

B. Preparar um Plano de Implementação

- Escrever os objetivos específicos a serem alcançados.
- Fazer uma análise de pontos positivos e negativos do local, para determinar forças impedoras e limitadoras.
- Determinar a realização ou não de uma avaliação interna e, em caso positivo, a natureza dos esforços da avaliação.
- Identificar quais das intervenções da NIC são mais apropriadas para a instituição/unidade.
- Determinar qual deve ser a extensão da implementação da NIC; por exemplo, em protocolos nos planos de cuidado, na documentação, resumo da alta, e na avaliação do desempenho.
- Dar prioridade aos esforços de implementação.
- Escolher 1-3 unidades piloto. Fazer com que os membros destas unidades se envolvam no planejamento.
- Desenvolver um cronograma escrito para a implementação.
- Revisar o sistema atual e determinar a sequência lógica de ações para integrar a NIC.
- Criar grupos de trabalho, compostas por enfermeiros da parte clínica, peritos no uso da Classificação para revisarem as intervenções e as atividades de enfermagem da NIC, determinarem como elas serão usadas na instituição e desenvolverem os impressos necessários.
- Divulgar o trabalho realizado por esses grupos de enfermeiros aos outros usuários da NIC, para avaliação e obtenção de feedback antes da implementação.
- Encorajar a eleição de um *destaque* da NIC em cada uma das unidades.
- Manter informados outros indivíduos que ocupam cargos importantes na instituição.
- Determinar a natureza do conjunto total de dados de enfermagem. Trabalhar para garantir que todas as unidades estejam coletando dados sobre todas as variáveis de uma maneira uniforme, de modo a permitir que pesquisas futuras possam ser realizadas.
- Fazer planos para garantir que todos os dados de enfermagem sejam recuperáveis.

- Identificar as necessidades de aprendizagem da equipe e planejar meios de solucioná-las.

C. Executar o Plano de Implementação

- Desenvolver os questionários/formulários para a implementação. Revisar cada intervenção da NIC e decidir se todas as partes (p. ex., título, definição, atividades, referências) estão prontas para o uso. Determinar quais são as atividades críticas para documentação e se mais detalhes são necessários.
- Oferecer tempo para treinamento dos funcionários.
- Implementar a NIC na(s) unidade(s) piloto e obter um *feedback* com regularidade.
- Atualizar o conteúdo ou criar novas funções de computador conforme a necessidade.
- Usar técnica de Grupo Focal para esclarecer questões e tratar de preocupações/perguntas.
- Utilizar dados sobre os aspectos positivos da implementação em apresentações para toda instituição.
- Implementar a NIC na instituição inteira.
- Coletar dados de avaliação pós-implantação e realizar mudanças necessárias.
- Identificar indicadores-chave para utilizar a avaliação permanente e continuar a monitorar e a manter o sistema.
- Dar retorno ao Projeto de Intervenção de Iowa.

Quadro 3-3 Lista Detalhada de Leituras Úteis Relacionadas à Implementação

Mudança

Berwick, D. (1997). *Spreading Innovation. Quality Connection*, 6 (1), 1-3.

O atendimento de saúde vem apresentando inúmeras inovações, mas sua disseminação é desapontadoramente lenta. Berwick dá sete regras que um líder pode usar para disseminar inovação, com base no resumo de E. Rogers sobre o trabalho empírico, publicado na *Diffusion of Innovation* (referência a seguir).

Brennan, P.F. (1999). *Harnessing innovative technologies: What can you do with a shoe? Nursing Outlook*, 47 (3), 128-131.

As tecnologias da computação e dos sistemas de informação que anunciam um grande benefício para a capacitação de enfermeiros na realização de seu contrato social. É prerrogativa e responsabilidade da enfermagem planejar, elaborar, desenvolver ou avaliar tecnologias que surgem, reelaborar a prática para capitalizá-las e reconceituar o ensino para preparar os enfermeiros para usá-las.

Cameron, E., Green, M. (2004). *Making sense of change management: A complete guide to the models, tools and techniques of organizational change*. London: Kogan Page.

Os autores fornecem uma introdução curta e acessível sobre a natureza da mudança e os métodos e técnicas para supervisioná-la. Os capítulos introdutórios resumem os pontos mais importantes da literatura sobre mudança e supervisão de mudanças, com um breve desvio para discutir o desenvolvimento da psicologia durante a última metade do século XX. Então os autores fornecem detalhes da montagem e da supervisão da equipe, e de outros aspectos essenciais na adaptação organizacional.

Clark, P.C., Hall, H.S. (1990). *Innovations probability chart: A valuable tool for change. Nursing Management*, 21(8), 128v-128x.

Contém uma ferramenta de fácil utilização que pode ser utilizada para determinar os fatores junto à organização que podem facilitar ou impedir o processo de mudança.

Hersey, J.M., Blanchard, K., Johnson, D.E. (2001). *Planning and implementing change. In Management of Organization Behavior* (8th ed.) (pp. 376-398). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Apresenta uma visão geral de processos de mudança planejada versus mudança diretiva. Descreve como fazer uma análise dos pontos positivos e negativos do local para determinar as forças a favor e contra a mudança.

Hiatt, J.M., Creasey, T.J. (2003). *Change management: The people side of the change*. Loveland, CO: Prosci Research.

Este pequeno e bem-apresentado livro fornece conselhos e diretrizes para mudar agentes e supervisores envolvidos no processo de mudança, para capacitá-los a lidar com a iniciação e a implementação de uma mudança em organizações, departamentos ou equipes. O livro dá conselhos práticos e técnicas para administrar todos os aspectos do processo de mudança.

Ingersoll, G.L., Brooks, A. M., Fisher, M.S. et al. (1995). Professional practice model: Research collaboration: Issues in longitudinal, multisite designs. JONA, 25(1), 39-46.

Este artigo é resultado da experiência dos autores na implementação de um modelo melhorado de prática profissional em cinco unidades médicas cirúrgicas gerais. Dezenove recomendações para indivíduos encarregados de projetos semelhantes são discutidas de acordo com três fases do projeto — a fase de “compras”, a fase de “momento de sustentação” e a fase de “mudança”. As recomendações produzem um bom senso administrativo e atentar a elas facilitará o sucesso de qualquer processo de mudança.

Katzenbach, J.R., Smith, D.K. (1993). The wisdom of teams. Boston: Harvard Business School Press. (Resumo do livro por Soundview Executive Book Summaries, Bristol, VT.)

Define equipes e tipos de equipes. Discute a resistência às equipes e as estratégias a serem utilizadas para conseguir equipes soltas.

Rogers, E. (2003). Diffusion of innovation (5th ed.). New York: The Free Press.

Um clássico. Embora o livro seja útil, não é de fácil leitura. A primeira edição publicada em 1962 foi reconhecida com um marco no trabalho de campo e se estabeleceu como introdução padrão aos estudos de difusão. Esta quinta edição sintetiza mais de 4.000 publicações sobre a pesquisa em difusão. O modelo de Rogers do processo de inovação-decisão consiste em cinco estágios: (1) conhecimento, (2) persuasão, (3) decisão, (4) implementação e (5) confirmação.

Avaliação

Aaronson, L.S., Burman, M.E. (1994). Focus on psychometrics. Use of health records in research: Reliability and validity issues. Research in Nursing and Health, 17, 67-73.

Trata-se de uma leitura difícil, porém é uma boa visão geral dos aspectos relacionados à confiabilidade e à validade que precisam ser tratados quando são utilizados dados obtidos de registros de saúde.

McCluskey, J.C., Maas, M., Gardner-Huber, D., Kasperek, A., Specht, J., Ramler, C., Watson, C., Blegen, M., Delaney, C., Ellerbe, S., Etscheidt, C., Gongaware, C., Johnson, M., Kelly, K., Mehmert, P., Clougherty, J. (1994). Nursing management innovations: A need for systematic evaluation. Nursing Economic\$, 12(1), 35-45.

Introduz a ideia de inovações administrativas de enfermagem, resume a pesquisa relacionada a quatro inovações, e então propõe um método para uma avaliação mais sistemática das inovações de enfermagem. As quatro inovações que foram revistas são: uso dos extensores do enfermeiro, supervisão da assistência com base no que ocorreu no hospital, controle de enfermagem compartilhado e supervisão da linha de produção.

Meisenhelder, J.B. (1993). Health care reform: Opportunity for evaluation research. Nursing Scan in Research Application for Critical Practice, 6 (5), 1-3.

Identifica elementos principais no desenvolvimento de um plano de avaliação para um novo sistema: trocar objetivos mensuráveis, elaborar um plano que seja custo-efetivo e avaliar as metas principais. Uma leitura breve porém objetiva.

Sistemas de Informação de Enfermagem

Saba, V.K., McCormick, K.A. (2006). Essentials of nursing informatics. New York: McGraw-Hill.

Weaver, C.A., Delaney, C.W., Weber, P., Carr, R.L. (2006). Nursing informatics for the 21st century: An international look at practice, trends and the future. Chicago, IL: HIMSS.

Estes dois livros-texto abrangentes examinam como e porque a tecnologia da informação está evocando mudanças revolucionárias em todas as dimensões da enfermagem e da assistência de saúde. Cada um dos textos possui capítulos

que tratam especificamente da integração dos sistemas padronizados de classificação do conhecimento de enfermagem com sistemas de informação de base informatizada.

Leituras Clássicas sobre a NIC

Iowa Intervention Project. (2001). Determining cost of nursing interventions: A beginning. Nursing Economic\$, 19(4), 146-160.

A determinação do custo dos serviços de enfermagem tem sido uma preocupação para gerentes de enfermagem entre outros há muito tempo. As intervenções prestadas são um componente-chave do custo de enfermagem. Uma etapa essencial na determinação do custo das intervenções é a determinação do tempo gasto na prestação da intervenção e do tipo de provedor que pode executá-la. Este manuscrito registra as estimativas de tempo e o grau de educação do provedor requerido para as intervenções listadas na segunda edição da NIC, apoiados no julgamento especializado. Além disso, sendo útil na contratação dos serviços de enfermagem e nos mecanismos de dedução de reembolso, o conhecimento é útil para o planejamento da equipe e o uso de outras reservas.

Iowa Intervention Project. (1997). Proposal to bring nursing into the information age. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 29(3), 275-281.

Trata de questões relacionados à documentação da assistência de enfermagem e propõe um modelo que ilustra o modo como os dados da enfermagem prática, coletados com o uso de linguagens padronizadas, são úteis aos enfermeiros da equipe, aos enfermeiros administradores, pesquisadores e elaboradores de política. Conclui que existem três desafios principais: o nível de detalhamento de documentação, a inclusão da linguagem de enfermagem em protocolos de cuidados, e a necessidade de articulação entre as diferentes classificações de enfermagem.

McCloskey, J.C., Bulechek, G.M., Donahue, W. (1998). Nursing interventions core to specialty practice. Nursing Outlook, 46(2), 67-76.

Trata-se de registros sobre uma pesquisa postada a 39 organizações de especialidades da prática em 1995. Noventa e seis por cento das 433 intervenções da NIC foram identificadas como essenciais por pelo menos uma especialidade. Oitenta e duas intervenções foram listadas como essenciais para seis ou mais especialidades. Discute como as listas de intervenções essenciais podem ser utilizadas na prática, no ensino e na pesquisa. Neste livro, as intervenções essenciais constituem uma ampliação do primeiro estudo.

McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (1994). Standardizing the language for nursing treatments: An overview of the issues. Nursing Outlook, 42(2), 56-63.

São revisões de assuntos envolvendo o uso da linguagem padronizada. Argumenta que o uso apropriado irá ajudar os enfermeiros a realizar bons julgamentos, ajudará a tornar os serviços de enfermagem visíveis aos olhos dos outros, e irá facilitar a pesquisa relacionada à eficácia da assistência de enfermagem. Apesar de esta publicação ter mais de uma década, ainda é útil para aqueles que estão começando a conhecer a linguagem padronizada.

McCloskey, J.C., Maas, M.L. (1998). Interdisciplinary team: The nursing perspective is essential. Nursing Outlook, 46(4), 157-163.

Discute as tendências à interdisciplinaridade na assistência de saúde e sua tendência à esconder a identidade e as contribuições dos profissionais de enfermagem. Os autores incitam os enfermeiros a manterem uma perspectiva de enfermagem quando participarem de forma colaborativa em equipes interdisciplinares. O valor do conhecimento dos enfermeiros relacionado a NIC e a NOC é destacado, uma vez que estas linguagens estão entre as linguagens padronizadas que melhor se desenvolveram na assistência de saúde, e são potencialmente úteis para o desenvolvimento de linguagens padronizadas para outras disciplinas.

Quadro 3-4 Curso Online sobre Fundamentos da NIC e NOC

É possível acessar um webcurso sobre o uso da NIC e da NOC pelo site <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/>. Este curso virtual examina a importância da utilização de uma linguagem padronizada na assistência ao paciente e na

disciplina de enfermagem, focando-se na documentação das intervenções de enfermagem e nos resultados sensíveis a enfermagem do paciente. O curso começa com uma revisão sobre a linguagem padronizada, e então apresenta informação básica sobre o desenvolvimento da taxonomia. Uma revisão sobre o desenvolvimento e a informação atualmente existente sobre as duas linguagens padronizadas desenvolvidas em Iowa, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), é o foco principal do curso, incluindo a implementação e seu uso. Informações sobre o Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, na Faculdade de Enfermagem, que facilita o trabalho em andamento, também foram incluídas.

A NIC pode ser utilizada tanto como manual quanto como sistema computacional. O uso da NIC em um sistema computacional facilita a reunião de dados e sua análise. O **Quadro 3-5** inclui as principais regras para o uso da NIC em um sistema de informação. Segui-las ajudará a garantir que os dados sejam coletados de uma forma regular. Em alguns sistemas computadorizados, devido a restrições de espaço, há a necessidade de encurtar algumas das atividades da NIC. Enquanto isto vem deixando de ser uma necessidade à medida que o espaço do computador expande, o **Quadro 3-6** ilustra, com dois exemplos, as diretrizes para reduzir as atividades da NIC, de uma maneira que caibam em um sistema informatizado.

Quadro 3-5 Implementação das REGRAS PRINCIPAIS para Utilização da NIC em um Sistema de Informação de Enfermagem

1. O sistema de informação deve indicar claramente que a NIC está sendo adotada.
2. Os títulos e definições de uma intervenção da NIC devem ser completamente mostradas e claramente denominadas como sendo intervenções e definições.
3. As atividades não são intervenções e não devem ser denominadas como tais nas telas.
4. A documentação que esclarece que a intervenção foi planejada ou prestada deve ser capturada no nível do título da intervenção. Além disso, uma instituição pode preferir que os enfermeiros identifiquem atividades específicas junto a uma determinada intervenção para o planejamento e documentação dos cuidados a um paciente.
5. O número de atividades necessárias em um sistema de informação deve ser o mínimo possível para cada intervenção, a fim de que o provedor não fique sobrecarregado.
6. As atividades incluídas no sistema de informação devem ser escritas até o máximo possível por extenso (considerando os limites da estrutura de dados) conforme aparecem na NIC. As atividades que precisam ser reescritas de modo a adaptarem-se aos limites dos campos devem refletir o significado pretendido.
7. Todas as atividades adicionais ou modificadas devem ser coerentes com a definição da intervenção.
8. Uma modificação das atividades da NIC deve ser reduzida e ser realizada somente em caso de ser necessária na situação prática.
9. As intervenções da NIC devem ser uma parte permanente do registro do paciente, para que haja possibilidade de recuperar.

Quadro 3-6 Diretrizes de Redução das Atividades da NIC para Inclusão em um Sistema Informatizado

Apresentação: Enquanto as mudanças ocorrem, alguns sistemas computacionais que ainda restringem espaço não aceitam o número de caracteres necessários à inclusão de toda uma extensão de atividades da NIC. Se este for o caso, aconselhamos requisitar mais espaço. Entretanto, se por algum motivo isto não for possível, as diretrizes aqui indicadas

devem ser empregadas para diminuir a extensão das atividades. Se estas diretrizes forem seguidas, menos de 125 caracteres serão utilizados para descrever todas as atividades.

Diretrizes:

1. Eliminar todas as expressões “se adequado” e “conforme apropriado” encontradas após uma vírgula ao final da descrição de algumas atividades.
2. Remover todos os “por exemplo” dentro dos parênteses.
3. Deletar palavras ou orações dependentes que descrevam outras partes de uma atividade.
4. Usar a abreviação *pac* para paciente e *enf* para enfermeiro.
5. NÃO criar uma linguagem nova e não substituir palavras.

(Nota: decidimos não fazer sugestões adicionais de abreviações de palavras além das que já estão contidas na NIC, uma vez que a maioria das instituições tem concordado em seguir uma lista própria de abreviatura que devem ser utilizadas. Essas não são uniformes entre as instituições e a criação de outra pode levar a mais confusão.)

Exemplos:

Fazer a documentar o histórico de saúde e o exame físico do paciente ~~evolução de condições preexistentes, alergias e contraindicações para agentes anestésicos específicos ou técnicos.~~

Administrar o anestésico de acordo com das necessidades fisiológicas do paciente, julgamento clínico, ~~solicitações dos pacientes e Protocolos para prática anestésica de enfermagem.~~

Obter amostras ordenadas para as análises laboratoriais de equilíbrio ácido-básico (~~ex. ABC, urina e níveis séricos~~), ~~como apropriado.~~

Fazer uma triagem à procura de sintomas de um histórico de abuso doméstico. (~~p. ex., numerosas lesões acidentais, sintomas somáticos múltiplos, dor abdominal crônica, dor pélvica, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e outros transtornos psiquiátricos~~).

A maioria das instituições que adota a NIC o faz devido à necessidade de obter dados sobre o uso e a eficácia das intervenções clínicas. Para termos dados que possam ser usados para diferentes análises, faz-se necessário também coletar, de maneira sistemática, outras informações que possam ser utilizadas em conjunto com os dados sobre intervenções da NIC para resolver uma série de questões. No início do processo de implementação, uma instituição deve identificar as perguntas-chaves que serão resolvidas com os dados coletados por meio da documentação. Após a identificação destas perguntas, podem ser determinadas as variáveis necessárias para respondê-las, bem como para determinar se os dados deverão ser coletados no momento presente ou deverão sê-lo no novo sistema após a identificação das questões de pesquisa. Os dados que serão obtidos das variáveis identificadas devem estar correlacionados entre si ao nível do paciente individual. Tratar destas preocupações quando da instalação de um sistema de informação em enfermagem irá prevenir problemas futuros.

A análise dos dados coletados pela documentação da prática algumas vezes é referida como *pesquisa de eficácia*. A documentação da prática mediante ao uso da linguagem padronizada abre muitas possibilidades excitantes para a pesquisa de eficácia na enfermagem. A identificação das questões de pesquisa a serem respondidas é mencionada por dois autores de políticas de saúde na Faculdade de Medicina de Harvard como “espaço da eficácia”¹⁷, isto é, como enfermeiros devemos identificar as variáveis (p. ex., intervenções, resultados, características específicas do paciente, características específicas do cuidador, características específicas do local do tratamento) e mensurações necessárias para avaliar a sua eficácia.

Por exemplo, uma instituição pode coletar dados que possam responder às três questões de pesquisa: Quais intervenções costumam ocorrer juntas? Quais enfermeiros utilizam quais intervenções? Quais são os diagnósticos e resultados relacionados para determinadas intervenções? A justificativa para coleta de dados associados a cada uma dessas perguntas é a seguinte:

- *Quais intervenções costumam ocorrer juntas?* Quando a informação sobre os tratamentos realizados pelos enfermeiros é coletada sistematicamente, é possível identificar agrupamentos de intervenções que costumam ocorrer em conjunto para determinar tipos de pacientes. É preciso identificar as intervenções que, com maior frequência, são usadas em conjunto para determinados tipos de pacientes, de forma que seja possível estudar sua interação. Esta informação também será útil na construção de protocolos de cuidados, na determinação do custo dos serviços e planejamento para alocação de recursos.
- *Quais enfermeiros utilizam quais intervenções?* A documentação sistemática do uso das intervenções permitirá o estudo e a comparação do percentual de utilização de intervenções, uso de determinadas intervenções por tipo de unidade, de serviço e instituição. A implementação da NIC possibilitará definir quais intervenções são usadas por especialidades de enfermagem. A identificação das intervenções usadas com maior frequência em determinada unidade ou instituição será útil na seleção das intervenções que deverão fazer parte do sistema de informação de enfermagem daquela instituição. Isto também será útil na seleção de pessoal e na estruturação da educação continuada oferecida na unidade.
- *Quais são os diagnósticos e resultados relacionados a determinadas intervenções particulares?* O conhecimento das intervenções que funcionam melhor para diagnósticos específicos e que levam a certos resultados pode ser utilizado para ajudar enfermeiros a tomar melhores decisões clínicas. Além disso, essa informação pode contribuir para elaboração de planos de tratamento com maiores chances de sucesso.

Os elementos dos dados recomendados para o tratamento destas questões estão listados no [Quadro 3-7](#) e incluem ambos, uma definição e a mensuração proposta. É necessário haver coerência entre a definição e a mensuração para reunir e comparar os dados de unidades diferentes em locais diferentes. Estas variáveis e suas medidas foram discutidas com representantes de vários tipos de instituições e locais de cuidado num esforço de torná-las significativas em todos eles. Sempre que possível elaboramos nossas definições e indicadores de medida para que fossem coerentes com aqueles que são parte dos dados do Conjunto Mínimos de Dados de Enfermagem (Nursing Minimum dat Set)³⁵ entre outros conjuntos de dados uniformes sobre cuidado da saúde, tais como o Conjunto Uniforme de Dados de Alta Hospitalar (UHDDS, Uniform Hospital Discharge Data Set)²⁵. Como pode ser visto na listagem, não bastam os dados clínicos da enfermagem. O número de identificação do paciente é necessário para vincular as informações. A idade, o sexo e a raça/etnia são incluídos para fornecer alguma informação demográfica sobre a população do paciente. Os diagnósticos e intervenções do médico, as medicações e o tipo de unidade de trabalho, a gravidade média do paciente e a carga de acuidade média do paciente e a carga de trabalho são incluídos como controle, isto é, para algumas análises podemos precisar de um controle para um ou mais destes efeitos para determinar se uma dada intervenção de enfermagem foi a causa do efeito sobre o resultado do paciente.

Quadro 3-7 Elementos dos Dados para Pesquisa de Eficácia em Enfermagem Definições e Mensurações

Estabelecimento

1. Número de Identificação da Instituição

Definição: é um número que identifica a organização onde o paciente recebeu a assistência de enfermagem.

Mensuração: use o número de identificação do plano de saúde.

Dados de Admissão

2. Número de Identificação do Paciente

Definição: é o único número atribuído a cada paciente junto a uma instalação de assistência de saúde, que faz a distinção e a separação entre os registros dos pacientes na instalação.

Mensuração: usar o número de registro da instituição.

3. Data de nascimento

Definição: é o dia do nascimento do paciente.

Mensuração: dia, mês e ano de nascimento.

4. Genêro

Definição: é o sexo do paciente.

Mensuração: masculino, feminino, desconhecido.

5. Raça

Definição: é uma classe ou tipo de pessoas unificadas por interesses da comunidade, hábitos ou características.

Mensuração: use os códigos UHDDS: 1. Indígena Americano ou Nativo do Alaska; 2. Asiático/habitante de ilha no Pacífico; 3. Negro, não hispânico; 4. Hispânico; 5. Branco, não hispânico; 6. Outros (favor especificar); 7. desconhecido.

6. Estado civil

Definição: união entre um homem e uma mulher, legalmente reconhecida.

Mensuração: 1. casado; 2. viúvo; 3. divorciado; 4. separado; 5. nunca foi casado; 6. desconhecido.

7. Data de admissão

Definição: é a data em que a assistência teve início.

Mensuração: dia, mês e ano.

Medicações

8. Medicações

Definição: é uma substância medicinal usada para curar doenças ou aliviar sintomas.

Mensuração: 1. Nome da droga; 2. Via de administração (1. oral; 2. IM/SC; 3. EV; 4. aerossol; 5. Retal; 6. Gotas oftalmológicas; 7. outro); 3. Dose (quantidade prescrita da droga); 4. frequência (número de vezes que é aplicada ao dia); 5. data de início (data em que este episódio da assistência foi iniciado: dia, mês e ano); 6. data de finalização (data em que este episódio da assistência foi descontinuado: dia, mês e ano).

Dados sobre o Médico

9. Número de Identificação do Médico

Definição: é um número utilizado entre situações diversas que identifica o médico que é o responsável primário pela assistência médica ao paciente durante a internação atual.

Mensuração: número único utilizado pelo profissional para cobrar pelos serviços prestados (UHDDS utiliza atendimento e cirurgia).

10. Diagnóstico médico

Definição: são as condições médicas que coexistem no momento da admissão, que desenvolvem-se subsequentemente ou que afetam o tratamento recebido e/ou a extensão da estadia; são todos os diagnósticos que afetam o episódio da internação atual.

Mensuração: nomes de diagnósticos médicos de acordo com a listagem existente na conta do paciente, utilizando códigos ICD-9-CM. Classificação Internacional de Doenças e de Modificações Clínicas.

11. Grupo relacionado a diagnóstico (DRG)

Definição: é o sistema de pagamento prospectivo dos Estados Unidos utilizado para reembolso dos pacientes da Medicare; categoriza os pacientes liberados em cerca de 500 grupos com base no diagnóstico médico, idade, procedimento de tratamento, estado na alta e sexo.

Mensuração: o número de três dígitos e o nome do DRG ao qual o paciente foi designado.

12. Intervenção médica

Definição: é um tratamento prescrito por um médico; são todos os procedimentos significativos na internação atual.

Mensuração: 1. nomes dos procedimentos médicos listados na conta do paciente utilizando os códigos CPT; 2. data de início: data em que o procedimento iniciou este episódio da assistência: dia, mês e ano; 3. data de parada: data em que o procedimento descontinuou este episódio da assistência: dia, mês e ano.

Dados de Enfermagem

13. Número de identificação do enfermeiro

Definição: é um número utilizado entre as diversas situações para identificar o enfermeiro que é o responsável primário pela assistência de enfermagem prestada ao paciente ou ao cliente durante a internação atual.

Mensuração: não há nenhum atualmente; criar registros próprios.

14. Diagnóstico de enfermagem

Definição: é um julgamento clínico feito por um enfermeiro sobre a resposta do paciente a um problema de saúde em potencial ou real, ou a um processo da vida, durante a internação, que afeta os tratamentos recebidos e/ou o tempo de permanência.

Mensuração: nomes de diagnósticos de enfermagem utilizando os termos e códigos da NANDA.

15. Intervenção de enfermagem

Definição: é um tratamento realizado por um enfermeiro.

Mensuração: 1. nomes de tratamentos dispensados ao paciente durante a internação usando os termos e códigos da NIC; 2. data de início: data em que a intervenção iniciou este episódio de assistência: dia, mês e ano; 3. data de término: data de encerramento intervenção: dia, mês e ano.

Resultados

16. Resultados do Paciente

Definição: é um aspecto do estado da saúde do paciente que é influenciado pela intervenção de enfermagem durante a internação.

Mensuração: 1. nomes dos resultados utilizando os termos da NOC; 2. data de identificação; 3. data em que o resultado foi terminado; 4. estado do resultado no início e no término do episódio assistencial (usar a escala da NOC).

17. Data da alta

Definição: é a data do término da internação.

Mensuração: dia, mês e ano.

18. Destino

Definição: é um plano para continuar os cuidados de saúde após a alta.

Mensuração: usar a NMDS com modificações: 1. alta para casa ou autocuidado (alta de rotina); 2. alta para casa com

encaminhamento a serviço de enfermagem organizado na comunidade; 3. alta para casa com planos para encontrar o enfermeiro no ambulatório; 4. transferido para hospital de cuidados a curto prazo; 5. transferido para uma instituição de cuidados a longa duração; 6. morte; 7. saiu do hospital com alta a pedido ou aconselhamento médico; 8. ainda é um paciente; 9. outros.

19. *Custo do atendimento*

Definição: são as taxas cobradas pelo cuidador pelos serviços oferecidos ao cliente durante a internação.

Mensuração: taxas totais cobradas pelo período de internação (retirados da conta do paciente).

Dados da Unidade

20. *Tipo de unidade*

Mensuração: todas as unidades respondem a ambas as partes A e B:

Definição: é o nome do tipo de unidade ou da área de especialidade que melhor caracteriza o local onde a maior parte da assistência ao paciente é prestada.

A. Onde a assistência de enfermagem está localizada? (Detenha-se a apenas um local)

- Cuidado Ambulatorial/Paciente externo
- Comunidade
- Casa
- Hospital
- Instituição de cuidados de longa duração/Casa de Repouso
- Saúde Ocupacional
- Agência de Reabilitação
- Escola
- Outros: descreva _____

B. Qual é a especialidade que melhor caracteriza o tipo de assistência sendo prestada? (Escolha apenas uma)

- Clínico Médica
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Médica Cirúrgica
- Clínica Geriátrica
- Unidade de cuidado intensivo (p. ex., unidade coronariana, UTI pediátrica, Sala de emergência, Sala de cirurgia, Sala de recuperação pós-anestésica)
- Clínica Materno-Infantil
- Psiquiatria (adulto ou criança, inclusive por abuso de drogas)
- Clínica Psiquiátrica
- Especialidade Médica (p. ex., medula óssea, cardiologia, dermatologia, hematologia, hemodiálise, neurologia, oncologia, pneumologia, radiologia)
- Especialidade Cirúrgica (p. ex., neurocirurgia, ortopedia, urologia)
- Outros: descreva _____

21. *Quadro de funcionários*

Definição: é a proporção de cuidadores de enfermagem profissionais e não profissionais na unidade/clínica/grupo onde a assistência está sendo prestada.

Mensuração: número de enfermeiros registrados em relação aos funcionários não profissionais na unidade/clínica grupo durante cada um dos dias da estadia do paciente. (Coleta de dados diariamente em relação à permanência/tempo da internação — caso os dados não possam ser obtidos diariamente, fazer estimativa de um valor médio semanal. Considerando turnos de 12 horas ou outros turnos irregulares nos períodos de trabalho empregados, ou seja, uma pessoa que trabalha por um período de 12 horas, das 7h30 às 19h30, é alocada 8 horas [turno integral] durante o período

diurno/vespertino e 4 horas [0,5 turno] durante o período vespertino/noturno. Contar apenas as horas de assistência direta reais, ou seja, retirar o enfermeiro chefe e o enfermeiro responsável a menos que estejam prestando assistência direta, retirar a secretária da unidade e eliminar horas improdutivas [tais como orientação, educação continuada].)

- No. equivalente a turno integral enfermeiros registrados dias ____
- No. equivalente a turno integral enfermeiros registrados tardes ____
- No. equivalente a turno integral enfermeiros registrados noites ____
- No. equivalente a turno integral enfermeiros práticos licenciados dias ____
- No. equivalente a turno integral enfermeiros práticos licenciados tardes ____
- No. equivalente a turno integral enfermeiros práticos licenciados noites ____
- No. equivalente a turno integral auxiliares dias ____
- No. equivalente a turno integral auxiliares tardes ____
- No. equivalente a turno integral auxiliares noite ____
- No. de dias outros (identificar) ____
- No. de tardes outros (identificar) ____
- No. de noites outros (identificar) ____

22. **Horas de cuidados de enfermagem**

Definição: são as horas de assistência de enfermagem oferecidas por paciente por dia na unidade/clínica/grupo onde é prestado o atendimento.

Mensuração: horas de assistência (quadro real) por enfermeiros e auxiliares.

Dias: horas de enfermeiros ____ horas de auxiliares ____ horas ____ horas de outros ____

Tardes: horas de enfermeiros ____ horas de auxiliares ____ horas ____ horas de outros ____

Noites: horas de enfermeiros ____ horas de auxiliares ____ horas ____ horas de outros ____

NOTA: estas pessoas são as mesmas consideradas no item número 21.

23. **Acuidade do paciente**

Definição: é o nível médio de comprometimento dos pacientes recebendo assistência na unidade.

Mensuração: o paciente é avaliado de acordo com uma escala de acuidade para pacientes (p. ex., [Quadro 3-8](#)).

24. **Carga de trabalho**

Definição: é a quantidade de serviço de enfermagem prestada em uma unidade.

Mensuração: horas de cuidado (item número 23) determina a duração do número de leitos ocupados por dia (ou número de pacientes atendidos no ambulatório) dividido pelo número de enfermeiros trabalhando ou pelo número total de pessoal de enfermagem trabalhando (item número 21).

____ censo da madrugada ou número de pacientes encontrados por dia.

Nosso trabalho com essas variáveis demonstra que a profissão ainda precisa resolver questões relacionadas à coleta de dados padronizados. Por exemplo, a coleta e a codificação das medicações (número 8) é um dado facilmente recuperável ainda não está disponível na maioria das instituições. Apesar de a pesquisa de eficácia em enfermagem poder ser realizada sem o conhecimento sobre as medicações, muitos resultados alcançados pelos enfermeiros também são influenciados por alguns medicamentos, sendo desejável um controle para o efeito da medicação. No momento também não há um número único que identifique o enfermeiro principal (número 13). Portanto, atualmente não é possível atribuir intervenções ou resultados clínicos a determinados enfermeiros em particular com base nos dados de documentação. Além disso, as instituições de saúde não coletam os dados das unidades (números 20 a 40) de maneira padronizada. Assim, se alguém desejar comparar esses dados entre instituições, eles terão que ser convertidos, instituição por instituição, em medidas comuns, como as que são propostas no [Quadro 3-7](#).

O item 23 propõe o uso de uma escala de grau de complexidade do paciente que pode ser utilizada para comparar os dados entre das instituições. Muitas delas possuem sua própria escala de classificação de pacientes ou utilizam uma das escalas disponíveis na literatura (p. ex., GRASP ou Van Slyck), embora tipicamente não sejam utilizáveis entre diferentes instituições. Para preencher essa lacuna, elaboramos, com a ajuda de membros de diferentes instituições, um protótipo de escala de uso fácil para medir o grau de complexidade do paciente, que pode ser empregada em todas as instituições (Quadro 3-8). Ainda que os testes com essa escala tenham sido limitados, foi demonstrada sua utilidade em todos os locais.

Quadro 3-8 Escala da NIC para Complexidade do Paciente

Orientações: Classificar cada paciente nesta escala uma vez ao dia (ou conforme seja adequado a sua prática).

Nível de Complexidade do Paciente (Circule Um):

1. Paciente que realiza o autocuidado e está, a princípio, em contato com o sistema de atendimento a saúde para auxílio nas atividades de promoção a saúde. O paciente pode necessitar de algum auxílio para enfrentar os efeitos da doença ou da lesão, mas a quantidade de tratamento oferecida não ultrapassa aquela que pode ser oferecida durante uma breve visita como paciente externo/ambulatorial. *O paciente classificado nesta categoria muitas vezes está em busca de exames de rastreamento, tais como mamografias, exames de Papanicolau, orientações para pais e mães, checagens de perda de peso e pressão sanguínea, atividades físicas nos esportes e controles para o bem estar de bebês. Os aspectos educativos da assistência geralmente são breves e muitas vezes limitados a orientações escritas que são levadas para casa.*
2. Paciente relativamente independente no autocuidado, mas que apresenta certas limitações na totalidade de autocuidados. Periodicamente, o paciente precisa de avaliações e de intervenções de enfermagem para que tanto necessidades simples como complexas sejam atendidas. O ensino de atividades corresponde a uma grande parcela da assistência que ele recebe e os requisitos de assistência de saúde incluem a necessidade de educação sobre prevenção. *Exemplos de pacientes que se encaixam nesta categoria são: mulheres grávidas com risco elevado de apresentarem complicações, indivíduos que possuem diabetes difícil de ser controlado ou que acabou de ser diagnosticado, indivíduos que possuem uma doença psiquiátrica estável, uma família com uma criança portadora de distúrbio de déficit de atenção e pacientes cardíacos em fase de reabilitação.*
3. O paciente incapaz de encontrar recursos ou energia suficiente para atender a suas necessidades, e depende de outras pessoas para cumprir exigências de autocuidado. Esta pessoa precisa receber intervenção de enfermagem continuamente, porém a assistência tem natureza previsível e não emergencial. *Exemplos de pacientes que se enquadram nesta categoria são: alguém que apresente uma doença crônica instável ou que consuma sua energia, uma mulher em trabalho de parto, um paciente recebendo assistência de longa duração, um paciente de casa de repouso, um paciente psiquiátrico deprimido e um paciente em período pós-operatório estabilizado.*
4. O paciente que está agudamente doente e dependente de outras pessoas para cumprir os requisitos de autocuidado com necessidades que mudam rapidamente. O paciente precisa de avaliação e de intervenção de enfermagem continuamente e as exigências da assistência não são previsíveis. *Exemplos de pacientes nesta categoria são: um paciente em pós-operatório durante as primeiras 24-36 horas de recuperação da realização de uma cirurgia importante, alguém que esteja passando por um episódio psiquiátrico agudo e uma mulher pertencente à categoria de gravidez de alto risco em trabalho de parto.*
5. O paciente em estado crítico, demanda de medidas de manutenção da vida. O paciente não é capaz de realizar autocuidado e precisa da avaliação e da intervenção de enfermagem constantemente para sobreviver. *Exemplos de pacientes nesta categoria são: pacientes de tratamento intensivo que estejam recebendo total suporte vital, pacientes psiquiátricos em tratamento intensivo, bebês prematuros com baixo peso corporal ao nascimento, vítimas de acidentes que tiveram lesão na cabeça e, de uma forma geral, indivíduos apresentando falência de múltiplos órgãos.*

Um desafio extra é a obtenção de uma medida da “dosagem” de intervenção. A manutenção da

integridade da intervenção em todos os locais e entre todos os participantes é importante na pesquisa de eficácia, porque a inconsistência na realização da intervenção pode resultar na variação dos resultados alcançados^{3,11}. Quando a NIC é utilizada um número substancial de atividades listadas para uma determinada intervenção deve ser realizada, e todas as atividades implementadas na prática devem ser coerentes com a definição da intervenção. É importante que as atividades sejam delineadas considerando os cuidados para cada indivíduo, porém não devem variar tanto a ponto fazer com que a intervenção não seja mais a mesma. Na pesquisa experimental, quando uma intervenção em particular é estudada sob condições controladas (chamada pesquisa de eficácia), é possível a realização consistente das intervenções. Tais condições ideais raramente são obtidas na prática real, daí ser imperativa a pesquisa de eficácia (ou o que realmente acontece na prática). No momento, não há solução para a questão da “dosagem” das intervenções. Uma medida alternativa, como o tempo que um médico gasta na realização de uma intervenção, é útil e deve ser suficiente como medida de “dosagem” em alguns estudos. A melhor solução, todavia, é saber o número e a extensão das atividades específicas que estão sendo realizadas. Algumas bases de dados sendo que estão sendo desenvolvidas por instituições isoladas e fabricantes de software incluem esta informação, porém outras não possuem a capacidade de armazenamento necessária para grandes conjuntos de dados, de modo que as instituições optaram por não documentar com tal nível de detalhamento. Mesmo que documentação do título da intervenção seja de maior importância para comparação dos dados entre locais diversos, é também importante haver uma maneira de descobrir a coerência da intervenção. Isto pode ser feito se a instituição adotar um protocolo padronizado para implementação de intervenções, por meio da coleta de dados na realização da intervenção, ou pela documentação das atividades relacionadas a ela.

Um considerável progresso tem sido alcançado no desenvolvimento de métodos para conduzir uma pesquisa de eficácia com dados clínicos reais em um trabalho finalizado recentemente e financiado pelo NINR e pela AHRQ, intitulado “Nursing Interventions and Outcomes in Three Older Populations” (Titler, R01 NR05331). A pesquisa é revisada no final do [Capítulo 2](#). Uma das principais publicações gerada deste trabalho é a monografia³⁴ que destaca métodos para recuperar dados de enfermagem clínica de sistemas eletrônicos, armazenando-os em conformidade com requisitos de privacidade, aplicando técnicas de ajuste de risco e analisando o impacto dos tratamentos de enfermagem.

Todas estas mensurações ainda devem passar por maior refinamento. Os esboços iniciais aqui incluídos ilustram os desafios que temos de enfrentar à medida que avançamos na condução de uma pesquisa de eficácia. Apesar destes desafios, devemos continuar a progredir. Indivíduos que estejam considerando a implementação da NIC não devem se impressionar com os desafios que encontram. Ao invés disso, devem se unir na empolgação de poderem gerar dados que demonstrem a importância da assistência de enfermagem.

O USO DA NIC NO ENSINO

Com nossa experiência, sabemos que na educação as mudanças demoram mais para se desenvolver que na prática, e somente ocorrem se os educadores virem as alterações práticas como algo duradouro. Os diagnósticos de enfermagem têm sido incluídos na maioria dos livros-texto dos principais planos de assistência desde a década de 1980. Há poucos anos muitos autores de planos de assistência de enfermagem e de livros-texto incluíram a NIC. Educadores ainda usam mais tipicamente livros e artigos de periódicos para ensinar que programas de software de computador. Embora isto esteja começando a mudar, existem poucos programas de computador para o ensino do planejamento e documentação dos cuidados. Nesta seção, incluímos as diretrizes que membros de faculdades devem utilizar para implementar a NIC no currículo. Além disso, o apêndice do Capítulo 3 na quarta edição⁵ deste livro inclui exemplos de formulários utilizados por membros de faculdades que estão utilizando a NIC para facilitar o ensino do planejamento de assistência e da elaboração de uma decisão clínica. Outra fonte útil para ajudar uma faculdade na implantação de uma linguagem padronizada no currículo de um estudante não graduado é a monografia escrita por Cynthia

Finesilver e Debbie Metzler e seus colaboradores e estudantes do Bellin College em Green Bay, Wisconsin, que está disponível no Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness na Universidade de Iowa¹⁴.

A implementação da NIC no cenário da educação é mais fácil que na prática, pois há um menor número de indivíduos envolvidos e geralmente não existem preocupações com relação ao uso em um sistema de informação. Apesar disso, esta é uma grande mudança e algumas diretrizes para realização desta mudança seriam importantes (Quadro 3-3). O Quadro 3-9 lista as etapas para implementação da NIC no ambiente de ensino. Estas são semelhantes às etapas para implementação da NIC em instituições de prática (Quadro 3-2), porém as ações específicas estão relacionadas ao cenário acadêmico e ao desenvolvimento do curso. A decisão central a ser tomada é que a faculdade adote uma orientação filosófica e um foco em enfermagem, ao invés de uma orientação médica tradicional com a adição de implicações de enfermagem. Caso os membros da faculdade não estejam familiarizados com a NIC e a NOC, o webcurso oferecido pelo Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness pode ser um modo fácil de compreender rapidamente o básico (Quadro 3-4).

Quadro 3-9 Etapas para Implementação da NIC em uma Instituição de Ensino

A. Estabelecer um compromisso organizacional com a NIC

- Identificar a pessoa-chave responsável pela implementação (p. ex., o coordenador do curso de graduação).
- Criar uma força tarefa de implementação com representantes de áreas-chave.
- Fornecer materiais da NIC para todos os membros da força tarefa.
- Convidar um membro da equipe de projeto da NIC para fazer uma apresentação para o corpo docente e reunir-se com a força tarefa.
- Adquirir e distribuir cópias do livro da NIC.
- Fazer circular leituras sobre a NIC e boletim e a *The NIC/NOC* pela faculdade. Mostrar o vídeo da NIC em um encontro na faculdade.
- Examinar os aspectos filosóficos relacionados à importância das intervenções de enfermagem na profissão.
- Fazer com que os membros da força tarefa e outras pessoas-chave comecem a usar a linguagem da NIC nas discussões diárias.
- Fazer com que pessoas-chave da força tarefa assinem o boletim do Center for Nursing Classification.

B. Preparar um plano de implementação

- Escrever as metas específicas a serem alcançadas.
- Realizar uma análise de pontos negativos e positivos do local para determinar forças propulsoras limitantes.
- Determinar a realização ou não de uma avaliação interna em caso positivo, a natureza dos esforços de avaliação.
- Determinar qual deve ser a extensão da implementação da NIC; por exemplo, tanto nos programas de graduação como nos programas que não são da graduação, nos princípios filosóficos, nos impasses do processo, planos de cuidado, estudos de casos, na orientação de novos professores.
- Dar prioridade aos esforços de implementação.
- Elaborar um cronograma de implementação por escrito.
- Criar grupos de trabalho com professores e talvez de estudantes para revisar as intervenções e atividades da NIC, quando serão ensinadas no currículo escolar, e de que forma se relacionam com os materiais atuais, e desenvolver ou redesenhar quaisquer formulários que sejam necessários.
- Identificar quais intervenções da NIC devem ser ensinadas em nível da graduação e de pós-graduação. Identificar quais intervenções devem ser ensinadas em quais cursos.
- Distribuir os esboços das decisões a outros docentes para avaliação e *feedback*.
- Encorajar a eleição de um *destaque da NIC* em cada departamento ou grupo nos cursos.
- Manter informadas sobre seus planos as pessoas-chave para tomada de decisão na instituição.

- Identificar as necessidades de aprendizagem no corpo docente e planejar formas de refazê-las.

C. Executar o plano de implementação

- Revisar os conteúdos; encomendar livros da NIC; solicitar à biblioteca que encomende livros.
- Oportunizar o tempo para discussão e *feedback* nos grupos de cada curso.
- Implementar a NIC em um curso de cada vez e conseguir um retorno dos professores e alunos.
- Atualizar o conteúdo do curso conforme a necessidade.
- Determinar o impacto e as implicações para os cursos de apoio e pré-requisitos, reestruturando-o conforme a necessidade.
- Relatar o progresso da implementação regularmente nas reuniões de professores.
- Coletar dados de avaliação pós-implementação e fazer alterações no currículo conforme a necessidade.
- Identificar marcadores-chave para utilizar na avaliação contínua e manter o monitoramento e a manutenção do sistema.
- Dar retorno ao Projeto de Intervenção de Iowa.

Nem todas as intervenções podem ou devem ser tratadas abaixo do nível da graduação. A faculdade deve decidir quais intervenções devem ser aprendidas por todos durante a graduação, e quais requerem um nível de educação avançado e devem ser aprendidas em um programa de mestrado. Algumas intervenções pertencem a apenas a determinadas áreas de especialidade e talvez sejam mais bem-ensinadas somente em cursos eleitos exclusivos. Connie Delaney, enquanto professora na Universidade de Iowa, elaborou as etapas para identificar quais intervenções são ensinadas em quais cursos. Delaney (comunicação pessoal, 14 de março de 1997) recomendou as seguintes etapas, por nós expandidas:

1. Identificar as intervenções da NIC que nunca são ensinadas no currículo (p. ex., bacharelado, mestrado) e eliminá-las de novas ações.
2. Ao utilizar as intervenções remanescentes, fazer com que cada grupo do curso identifique as intervenções que são ensinadas em seu curso ou área de ensino de sua responsabilidade, ou seja, identificar o que é atualmente ensinado com os termos das intervenções da NIC.
3. Compilar esta informação em uma grade principal (intervenções em um eixo e cada curso no outro eixo), e distribuí-la a todos os membros da faculdade.
4. Promover uma discussão na faculdade, notando as intervenções que são únicas a certos cursos e aquelas que são ensinadas em mais de um curso. Articular claramente a única perspectiva oferecida por cada curso para cada intervenção que é ensinada em mais de um local (p. ex., a intervenção está sendo prestada a uma população diferente?). Ambos os cursos devem continuar ensinando a intervenção ou devem eliminar conteúdo em um dos cursos? Revisar as intervenções que não estão localizadas em nenhum dos cursos, mas que a faculdade julga ser necessário ensiná-las neste nível. Algum conteúdo deve ser adicionado?
5. Confirmar o consenso da faculdade sobre quais intervenções são ensinadas em que lugar.

O mesmo processo pode, logicamente, ser realizado com diagnósticos de enfermagem (utilizando a NANDA-I) e com os resultados do paciente (usando a NOC). Muitos programas educacionais já utilizam os diagnósticos da NANDA-I e podem implementar a NIC por meio da revisão das correlações entre NANDA-I e NIC, e da determinação das intervenções que devem ser ensinadas em proximidade com os diagnósticos da NANDA-I.

A inclusão de uma linguagem padronizada de enfermagem em um currículo centraliza-se no ensino da tomada de uma decisão clínica (a seleção dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriadas para um paciente em particular). Livros úteis para o ensino da elaboração de uma decisão

clínica a novos estudantes são listados no **Quadro 3-10**, bem como é feita referência a um instrumento que poderia ser utilizado para medir o desenvolvimento do pensamento crítico. Conforme mais programas ensinam a linguagem padronizada de enfermagem como base do conhecimento de enfermagem, estas reservas se expandirão.

Quadro 3-10 Recursos Úteis para o Ensino da Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem

Textos Selecionados que Incorporam a NIC

Ackley, B.J., Ladwig, G.B. (2006). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care*. (7th ed.). St. Louis: Mosby.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E. (2006). *NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes, and interventions*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Pesut, D.J., Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Wilkinson, J.M. (2007). *Nursing process and critical thinking*. (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

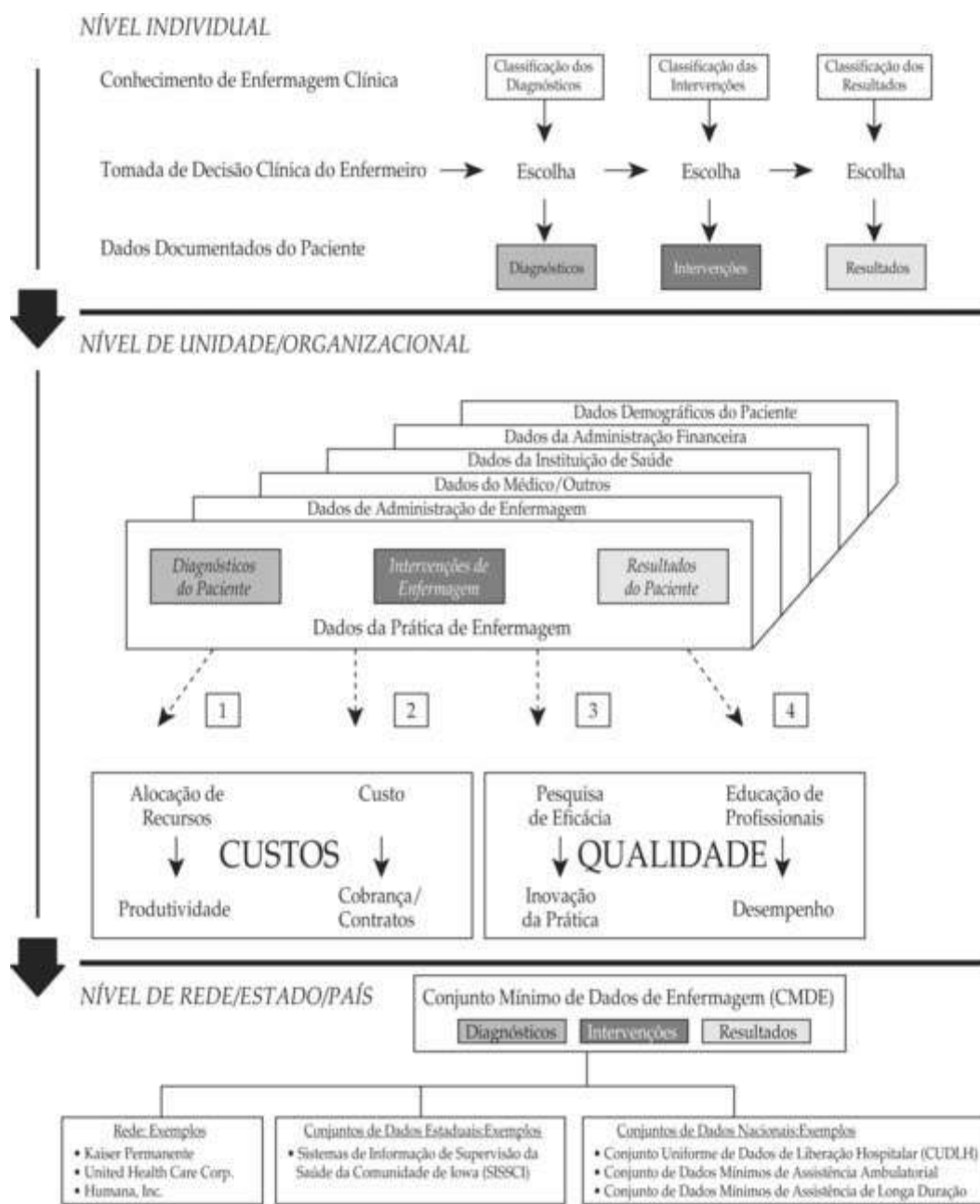
Instrumento para Medir o Pensamento Crítico

Facione, P.A., Facione, N.C., Gaincarlo, C. A. (1998). *The California Critical Thinking Disposition Inventory*. California Academic Press: Millbrae, CA.

Mede sete atributos da mente de pessoas com raciocínio crítico: busca da verdade, abertura para novas ideias, espírito analítico, capacidade analítica, sistematização, autoconfiança, curiosidade e maturidade. Consiste em 75 itens associados a uma escala de Likert de seis pontos.

USO DE UM MODELO DE LINGUAGEM PADRONIZADA

O modelo descrito na **Figura 3-1** ilustra o uso de uma linguagem padronizada para documentação da assistência atual prestada pelo enfermeiro assistencial que gera dados para a tomada de decisão sobre as questões de custo e qualidade em uma instituição de assistência de saúde. Os dados também são úteis para tomar decisões em política de saúde. O modelo de três níveis indica que o uso da linguagem padronizada para documentação da assistência ao paciente não apenas auxilia o enfermeiro da prática a se comunicar com outros, mas também leva a vários outros usos importantes.



© Iowa Intervention Project, 1997.

Fig. 3-1 Dados da Prática de Enfermagem: três níveis.

Em nível individual, cada enfermeiro utiliza a linguagem padronizada em áreas de diagnósticos, intervenções e resultados para comunicar planos de cuidado ao paciente e para documentar os serviços prestados. Recomendamos o uso da NANDA-I, NIC e NOC como classificações nas áreas de diagnóstico, intervenções e resultados. Cada uma destas classificações tem sua abrangência no cenário da especialidade e da prática, e para cada uma existem esforços de pesquisa em andamento para manter o uso geral das classificações. Um enfermeiro trabalhando sozinho com um paciente ou com um grupo de pacientes faz várias perguntas a si mesmo de acordo com as etapas do processo de enfermagem. Quais são os diagnósticos de enfermagem do paciente? Quais são os resultados do paciente que estou tentando alcançar? Quais intervenções devo utilizar para obter estes resultados? Os diagnósticos, resultados e intervenções são, então, documentados empregando a linguagem padronizada nestas áreas. Um enfermeiro trabalhando com um sistema de informação que contenha a classificação documentará a assistência que prestou escolhendo o título conceitual para a intervenção. Nem todas as atividades serão realizadas para todos os pacientes. Para indicar quais atividades foram realizadas, o enfermeiro poderia destacá-las ou simplesmente documentar as exceções, dependendo do sistema de documentação existente. Se o enfermeiro estiver trabalhando com um sistema de informação manual, escreverá que os títulos das intervenções da NIC que escolheu como planejamento e documentação de assistência já foram realizados. As atividades também podem ser

especificadas dependendo do sistema de documentação da instituição. Embora as atividades possam ser importantes para a comunicação na assistência de um paciente individual, o título da intervenção é o ponto do qual devemos partir no planejamento da assistência.

Esta parte do modelo pode ser considerada como a documentação de elementos-chave no processo de enfermagem utilizando uma linguagem padronizada. Demonstra a importância das habilidades do enfermeiro na tomada de decisões clínicas. Temos percebido que, mesmo que a NIC necessite que os enfermeiros aprendam uma nova linguagem e um novo modo que conceitua o que fazem (nomeando a intervenção ao invés de listar uma série de comportamentos independentes), eles se adaptam rapidamente, e, na verdade, acabam se tornando a força que conduz a implementação da linguagem. Com ou sem informatização, a adoção da NIC permite que os enfermeiros comuniquem o que fazem de uma forma mais fácil, tanto entre si como com outros provedores. Os planos de assistência são bem mais curtos e as intervenções podem ser correlacionadas aos diagnósticos e resultados. Pelo fato de as decisões de cada enfermeiro quanto aos diagnósticos, as intervenções e os resultados serem coletados de uma maneira uniforme, as informações podem ser agregadas no nível de unidade ou de organização.

No nível de unidade/organização, a informação sobre pacientes individuais é agregada, no caso de todos os pacientes, em uma unidade (ou outro grupo) e, por sua vez, na instituição toda. Este agregado de dados da prática de enfermagem pode, então, ser ligado à informação contida no banco de dados de gerenciamento de enfermagem o qual inclui informações sobre enfermeiros e outros provedores de assistência, e os meios utilizados na prestação da assistência. Essa é outra área em que há necessidade de padronização. Para tanto, Delaney e Huber¹³ propuseram a elaboração de um conjunto de dados mínimos administrativos de enfermagem que inclua medidas padronizadas referentes a uma gama de informações administrativas, incluindo método de prestação de assistência, composição do quadro de pessoal, número de vagas da instituição e o tamanho e tipo de unidade. Estes dois bancos de dados (prática de enfermagem e administração em enfermagem) compõem o sistema de informação de enfermagem. Como resultado, pode se relacionar os dados sobre a prática em enfermagem e sobre a administração com os dados existentes sobre os tratamentos realizados por médicos e outros provedores, sobre as instalações, sobre os pacientes e dados financeiros. A maioria destes dados, com exceção dos dados sobre tratamentos realizados por outros profissionais que não médicos, já está reunida de um modo uniforme e encontra-se disponíveis para utilização.

O modelo ilustra como os dados de prática clínica que estão correlacionados com outros dados no sistema de informação da instituição podem ser utilizados para determinar o custo e a qualidade da assistência de enfermagem. A parte de custos do modelo refere-se à alocação de recursos e ao cálculo do custo dos serviços de enfermagem. A parte relacionada à qualidade trata da pesquisa de eficácia e ensino dos funcionários. O uso da linguagem padronizada para planejar e documentar os cuidados não resulta automaticamente em conhecimentos sobre custos e qualidade, mas permite coletar dados para as decisões a serem tomadas nessas áreas. As etapas a serem realizadas para alcançar estes quatro objetivos são destacadas brevemente a seguir. Explicações sobre alguns termos administrativos e financeiros são fornecidas entre parênteses para aqueles que não estão familiarizados com estas áreas.

Custo.

Alocação de recursos — a distribuição de funcionários e suprimentos

- Determinar as intervenções e resultados/relacionados, conforme o tipo de população.
- Determinar e aplicar as regras para composição da equipe (proporção de cuidadores profissionais e não profissionais) por tipo de população.

- Alocar outras reservas (suprimentos e equipamentos) de forma condizente.
 - Determinar a produtividade dos funcionários (proporção entre insumo e produção ou entre trabalho produzido e pessoas e suprimentos necessários para realizar o trabalho) da equipe.
- Cálculo de custos — determinação do custo da assistência de enfermagem oferecida ao paciente**
- Identificar as intervenções realizadas com o paciente.
 - Estabelecer um preço por intervenção, considerando o nível do cuidador e o tempo gasto na implementação.
 - Determinar um cálculo de cobrança (valor cobrado por despesas comerciais que não são debitadas de nenhum serviço em especial, mas que são essenciais para a manutenção desses serviços, como aquecimento, iluminação, construção e reparos); distribuir tais gastos de maneira uniforme entre todos os pacientes e ser capaz de oferecer justificativas.
 - Determinar o custo da assistência prestada por paciente (intervenções de cuidado direto mais despesas acima).
 - Determinar o percentual cobrado por paciente ou utilize a informação para contratar serviços de enfermagem (fixação de contratos comerciais para oferecimento de serviços de enfermagem a um preço fixo).

Qualidade.

Pesquisa de eficácia — pesquisa para determinar os efeitos ou resultados das intervenções de enfermagem

- Identificar as perguntas da pesquisa (p. ex., qual combinação de intervenções leva aos melhores resultados para um tipo de paciente em particular?).
- Selecionar os resultados a serem quantificados.
- Identificar e coletar as variáveis interferentes (p. ex., características dos pacientes, tratamentos realizados por médicos, composição da equipe, carga de trabalho).
- Analisar os dados.
- Fazer recomendações para inovar a prática.

Ensino da equipe — oferecimento de educação aos funcionários da equipe para garantir competência na prestação das intervenções necessárias

- Determinar o nível de competência dos enfermeiros com relação a determinadas intervenções.
- Oferecer formação educativa conforme as necessidades e mensurar a competência novamente.
- Determinar o nível de resolutividade dos enfermeiros para com as intervenções e se a intervenção, ou parte dela, é ou não delegada.
- Oferecer formação conforme a necessidade de tomar decisões, delegação de tarefas e formação da equipe.
- Avaliar o desempenho das equipes segundo a obtenção dos resultados dos pacientes.

- Usar as informações na avaliação do desempenho dos enfermeiros, considerando a capacidade para desempenhar a intervenção e o nível geral de resolutividade com competência profissional.

As duas partes do modelo são interativas. Custo e qualidade devem sempre ser considerados juntos. Além disso, os quatro caminhos não são mutuamente exclusivos. Podem ser feitas pesquisas sobre os aspectos dos custos, os quais podem ser determinados para pesquisa e ensino. Os quatro caminhos distintos, contudo, são úteis para indicar as principais áreas de uso desses dados ao nível organizacional.

O *nível rede de saúde/estado/país* envolve “passar para frente” os dados de enfermagem (CMDE) para serem incluídos em grandes bancos de dados que são utilizados como referência para a determinação da qualidade e na elaboração da política de saúde. Werley e colaboradores³⁵ identificaram 16 variáveis que devem ser incluídas nos grandes bancos de dados para elaboração dessas políticas. Estas incluem três variáveis clínicas de diagnósticos, intervenções e resultados; a força de trabalho da enfermagem (definida como quadro de pessoal e horas de cuidado), coletada no banco de dados de gerenciamento de enfermagem, e 12 outras variáveis, tais como idade, sexo e raça do paciente e outros dados da pessoa que se espera pagar as despesas, que são variáveis de outras partes do registro clínico. O modelo indica que os dados de enfermagem sobre diagnósticos, intervenções e resultados estão reunidos por estabelecimento e então, são incluídos em grandes bancos de dados regionais e nacionais. Exemplos de dois bancos de dados nacionais e um banco de dados estadual são listados no modelo. Um número crescente de redes de provedores de assistência (o modelo lista três) também está construindo bancos de dados. Segundo Jacox¹⁸, a enfermagem tem permanecido essencialmente invisível nestes bancos de dados clínicos e administrativos. Ela faz uma listagem das seguintes ramificações da invisibilidade da enfermagem e da assistência de enfermagem nos bancos de dados:

- Não conseguimos descrever os cuidados de enfermagem recebidos pelos pacientes na maioria dos cenários de assistência de saúde.
- Uma grande parte da prática de enfermagem é descrita como prática de outros profissionais, principalmente de médicos.
- Não conseguimos descrever os efeitos da prática de enfermagem sobre os resultados dos pacientes
- Com frequência não conseguimos descrever os cuidados de enfermagem no âmbito de uma única instituição, tampouco entre instituições.
- Não conseguimos identificar o que os enfermeiros fazem que lhes possam ser reembolsados por isso.
- Não conseguimos diferenciar nos custos e no cuidado do paciente quando a assistência é prestada por médicos, em comparação à assistência prestada por enfermeiros.
- Esta invisibilidade perpetua a visão da enfermagem como uma parte da medicina que não precisa ser identificada como uma atividade a parte.

VANTAGENS DO USO DE DADOS PADRONIZADOS

O uso de uma linguagem padronizada para documentar a prática proporciona um meio de superar a invisibilidade descrita por Jacox¹⁸, e isto transformará a visão da NMDS em realidade. A coleta de dados sistemática sobre a prática clínica ajuda cada segmento da enfermagem. Acreditamos que, se os enfermeiros que trabalham em todos os setores documentarem sistematicamente as assistências que prestam utilizando uma linguagem padronizada, os benefícios do modelo poderão se visualizar.

Nossos pacientes serão beneficiados da coleta de dados sistemática e do uso da informação de

enfermagem, porque a continuidade de seus cuidados será melhorada. Quando eles forem transferidos de uma unidade para outra, haverá uma maneira padronizada de comunicar o plano de cuidados e os resultados que ainda falta alcançar. Conforme os enfermeiros se tornam mais familiarizados com a linguagem padronizada das classificações, conseguirão comunicar com mais precisão o que fizeram e do que ainda deve ser feito para cada paciente. Também haverá uma melhor terminologia para descrever nossos serviços aos pacientes, para que estes se tornem participantes mais ativos na assistência de saúde. Futuramente, os pacientes irão se beneficiar da pesquisa que será realizada com bancos de dados padronizados.

Os enfermeiros assistenciais ou provedores de cuidados irão encontrar muitas vantagens. O nível I do modelo (Figura 3-1) apresenta uma forma sistemática e eficiente de documentação de cuidados de enfermagem. Conforme a disponibilidade de sistemas computacionais aumenta, o ônus de trabalhos escritos e múltiplos registros deve ser aliviado. O uso de uma linguagem padronizada auxiliará o enfermeiro a se concentrar na parte de julgamento clínico do processo de enfermagem, ao invés da descrição do fenômeno. A comunicação com outros enfermeiros e outros cuidadores no momento da transferência do paciente ou da alta do paciente será facilitada.

O administrador ou gerente de enfermagem terá dados mais ricos para planejar a alocação de recursos. O nível II irá proporcionar informação sobre os diagnósticos que ocorrem com mais frequência entre os pacientes junto à unidade ou à organização, e a frequência com que as intervenções de enfermagem são realizadas. O planejamento das atividades de seleção e treinamento de funcionários pode basear-se nos dados sobre o paciente. Haverá uma melhor fundamentação para formação do quadro de pessoal e para a determinação de atividades a serem delegadas a auxiliares sem licença. O nível II irá oferecer à administração de enfermagem as informações para equilibrar os componentes custo e qualidade do atendimento. Atualmente os custos estão recebendo muita atenção, mas essa preocupação deve ser equilibrada com aquelas questões referentes à qualidade. A implantação deste modelo permite que ambos sejam considerados.

Os benefícios para os enfermeiros pesquisadores (e, em última análise aos pacientes) são numerosos. Bases de dados com informação sobre a prática da enfermagem obtidas dos cuidados prestados ficarão disponíveis. Questões sobre que intervenções alcançam melhores resultados com que pacientes e a que custo podem ser prontamente estudadas das fontes de dados existentes. A enfermagem será capaz de participar de pesquisas referenciais que avaliem o atendimento de uma região do país a outra. Quando novas tecnologias forem introduzidas, as bases de dados conterão informações que funcionarão como referência para comparação da eficácia. O progresso da ciência de enfermagem deverá avançar mais rapidamente quando os dados existentes puderem ser utilizados, em vez de ser necessário que cada pesquisador tenha que coletar novos dados sempre que for proposta uma questão de pesquisa.

Os educadores de enfermagem encontrarão muitos benefícios neste modelo. Os currículos enfatizarão dois pontos principais: as informações contidas nas classificações e o processo de tomar decisões clínicas ou de decidir como aplicar o conteúdo, os conhecimentos de cada uma das classificações a um determinado paciente. Devemos observar o desenvolvimento de mais grupos pelo país, de modo que haverá maior consenso no que diz respeito ao preparo de um enfermeiro profissional. As linguagens padronizadas serão adotadas em livros-texto de enfermagem (como já está acontecendo), e os estudantes notarão uma uniformidade maior conforme avançam em seus programas de estudo.

Nossas associações profissionais serão amplamente beneficiadas com a informação que será obtida no nível III do modelo. Elas poderão utilizar esta informação para articular melhor as contribuições dos enfermeiros em nível estadual e nacional. As informações das bases de dados poderão ser utilizadas quando são tomadas decisões sobre quais políticas de saúde a serem desenvolvidas e apoiadas. A legislação que irá beneficiar nossos consumidores pode ser desenvolvida com base em dados reais do paciente. As necessidades

da força de trabalho da profissão podem ser estimadas de forma mais adequada.

UTILIZANDO A NIC NO MODELO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO REFLETIVO DO TESTE DE ESTADO RESULTADO ATUAL (OPT)

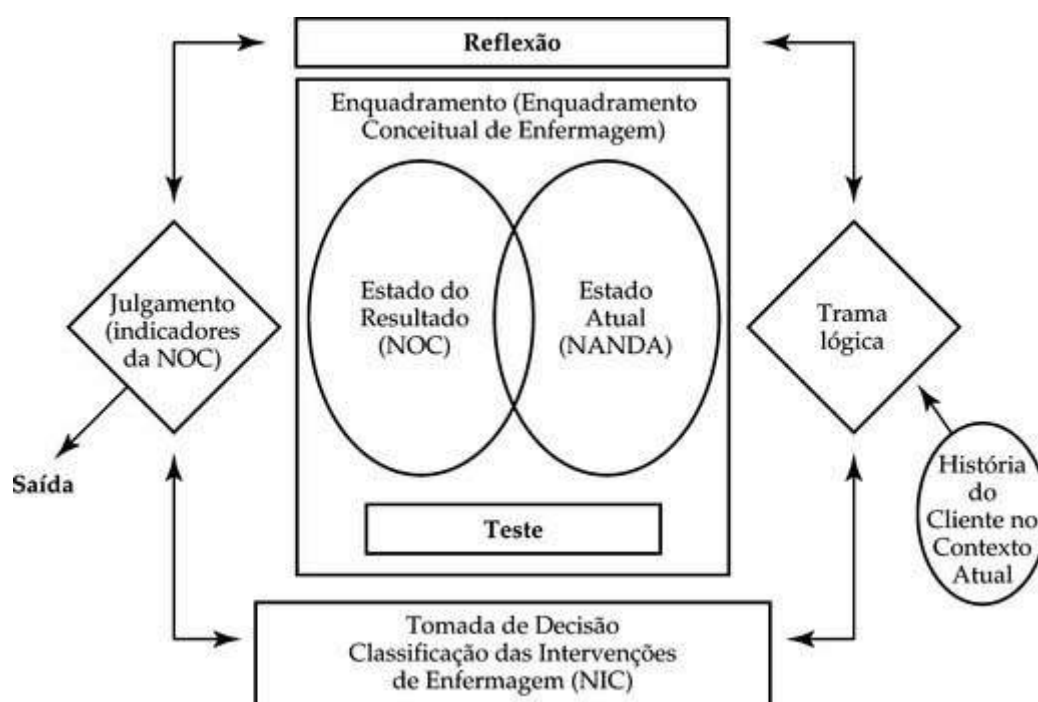
Os modelos de enfermagem na tomada de decisões são os motores da prática de enfermagem. Estes modelos fornecem uma estrutura para facilitar o raciocínio clínico. Raciocínio clínico é o uso efetivo do conhecimento por meio da utilização de processos refletivos, criativos e de pensamento crítico para alcançar os resultados que se deseja dos pacientes. Desde o ano de 1950, o processo de enfermagem tem fornecido uma estrutura que facilita o raciocínio clínico. No início, o processo de enfermagem consistia em quatro etapas envolvendo coleta de dados, planejamento, intervenção e evolução. Em 1973, a American Nurses Association (ANA) modificou o processo de enfermagem de quatro etapas com a adição dos diagnósticos como segunda etapa no modelo de tomada de decisões, estabelecendo um modelo de cinco etapas (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenção e evolução) como um padrão da prática de enfermagem. O manual para a Joint Commission on Accreditation (atualmente Joint Commission) requisitou, então, a documentação em conformidade com as etapas do processo de enfermagem. Conselhos estaduais de enfermagem utilizando os exames NCLEX começaram a testar o conhecimento organizado por todos os cinco componentes do processo de enfermagem. Em 1980, o trabalho de Carnevali e colaboradores¹⁰, Gordon¹⁶ e Christensen¹² refinou o processo de enfermagem ilustrando o fato de que as “etapas” não constituíam uma identificação sequencial de problemas nem um processo de resolução destes problemas, mas que são sequenciais, interativas e contínuas. Esta transformação do processo de enfermagem foi influenciada por teorias sobre processamento de informação, pensamento crítico, raciocínio diagnóstico e tomada de decisões clínicas.

Enquanto o processo de enfermagem forneceu a estrutura para o raciocínio clínico, as taxonomias de enfermagem forneceram o conhecimento de enfermagem para abastecer a tomada de decisões clínicas. A integração dos sistemas de classificação de enfermagem no processo de enfermagem, principalmente NANDA, NIC e NOC, é bem-representada no volume existente de (1) livros-texto na maioria das áreas de especialidade, (2) textos de planejamento de assistência de enfermagem, (3) padrões de assistência em uma ampla gama de organizações de especialidades de enfermagem clínica, e, mais recentemente, (4) sistemas de informação em enfermagem que requerem uma linguagem de enfermagem comum para o planejamento e a documentação da assistência de enfermagem. Enquanto o processo de enfermagem tem demonstrado ser um método útil de resolução de problemas, o processo de enfermagem tradicional apresenta várias limitações para a prática de enfermagem contemporânea. Esta clama pela ênfase nos resultados do paciente, pensamento crítico, prática baseada na teoria e nas evidências, pensamento crítico e refletivo e uso de uma “história” e de uma narrativa que coloque o processo tradicional de enfermagem num contexto significativo. Pesut e Herman (1999)²⁹ apontam que o processo tradicional de enfermagem não focaliza explicitamente os resultados, não enfatiza o pensamento refletivo e crítico, é mais orientada em direção aos procedimentos que na focalização sobre as estruturas e processos do pensamento, é um processo gradativo e linear que limita o pensamento relacional para compreensão das complexas interconexões entre os problemas apresentados pelo paciente, e limita o desenvolvimento da teoria de prática relevante. Em resposta às necessidades de um modelo mais contemporâneo de raciocínio clínico, Pesut e Herman desenvolveram o modelo de Raciocínio Clínico Refletivo de Teste do Estado dos Resultados Atuais (OPT).

O modelo OPT tem sido descrito como a terceira geração (2000-2010) de modelos do processo de enfermagem²⁷⁻²⁹ a fornecer a estrutura do raciocínio clínico com foco sobre os resultados, utilizando uma abordagem de sistemas-pensamento sobre as relações entre os problemas de assistência de enfermagem associados à história de um dado cliente. Assim, ao contrário do processo de enfermagem tradicional, o modelo OPT fornece uma estrutura para o pensamento clínico focalizada nos resultados, e que não é um processo gradual linear. O raciocínio clínico centralizado nos resultados tem mais valor e é mais custo-efetivo

que o raciocínio clínico que focaliza os problemas. Também é possível que alguém dê enfoque aos problemas e aos resultados simultaneamente, através da justaposição de ambos, problemas e resultados, ao mesmo tempo. O modelo requer que os enfermeiros considerem ao mesmo tempo as relações entre diagnósticos, intervenções e resultados prestando atenção às evidências utilizadas para fazer julgamentos. Ao invés de considerar um problema por vez, o OPT requer que vários problemas identificados sejam considerados ao mesmo tempo e que seja discernido qual problema ou assunto é central e mais importante em relação a todos os outros problemas. Uma vez que o “assunto-chave” seja determinado, a atenção é voltada para especificar os resultados que tratam os problemas ou as condições do estado atual. Em seguida, o enfermeiro identifica a evidência para o alcance do resultado. As intervenções são escolhidas e implementadas, sendo feita uma reflexão e um julgamento sobre os resultados da intervenção ou das decisões clínicas²⁹. O mais importante, o modelo de OPT acomoda o conhecimento classificado junto às taxonomias de enfermagem NANDA, NIC e NOC^{6,9,23,27,29}.

O modelo OPT (Figura 3-2) começa com a escuta do *histórico do cliente no contexto*. O valor de se extrair o histórico do paciente tem ganhado atenção crescente na prática de enfermagem^{2,15,32}. Uma das principais forças do modelo de OPT consiste em que o processo de escuta do histórico do cliente no seu contexto proporciona um meio de correlacionar explicitamente as artes de estética e de prestação de cuidados da enfermagem⁷ a um modelo de tomada de decisão clínica. Escutar o histórico do paciente proporciona a obtenção de informação importante sobre o contexto, os principais aspectos e percepções para o raciocínio clínico e a assistência necessária. Narrativas ou históricos são uma forma primária por meio da qual a experiência humana é transformada em algo significativo³¹. É contando e ouvindo históricos que os pacientes revelam suas experiências e dão sentido e significado aos episódios de saúde-doença por que passaram, e é o modo pelo qual os enfermeiros conhecem os pacientes e seus interesses, medos, esperanças e sonhos. O histórico não é expresso somente por meio de palavras, mas também por meio de momentos de silêncio nos quais nenhuma palavra é dita, através dos intervalos entre as palavras, dos gestos, movimentos e através do olhar nos olhos da pessoa. No modelo de OPT, a análise para obtenção de informação é substituída pela escuta atenta e compassiva do histórico do paciente, estendendo a escuta diagnóstica e privilegiando a pessoa assistida ao alcançar uma compreensão mais completa dos assuntos relacionados ao paciente. A escuta atenta da história do paciente neste contexto também pode facilitar a formação de parcerias enfermeiro-paciente que promovam a cura, indo de encontro às reais preocupações do paciente e auxiliando a habilidade do paciente encontrar um propósito em meio à situação.



À medida que extrai o histórico do paciente, o enfermeiro a enquadra empregando um modelo mental que dá significado, linguagem, clareza e que permite organizar a informação que é relevante para a compreensão da situação do cliente. *Enquadrar* um evento, problema ou situação é como usar lentes através das quais alguém vê e interpreta o histórico do paciente. O histórico pode ser enquadrado por meio de uma teoria de enfermagem específica, de um modelo particular, do desenvolvimento de uma perspectiva ou de um conjunto de políticas e procedimentos²⁶. Enquadrar o histórico do paciente segundo uma teoria de enfermagem particular faz com que o enfermeiro seja capaz de “pensar sob o ponto de vista da enfermagem” ao invés de pensar na medicina, psicologia, sociologia ou sob alguma outra perspectiva diferente da de enfermagem⁸. Enquadrar o histórico do cliente ajudará a focalizar as informações relevantes sobre sua situação, a guiar o enfermeiro no sentido de fazer perguntas sobre as questões relevantes, a organizar a informação obtida de modo significativo e a proporcionar uma compreensão científica e racional sobre por que e como os interesses do cliente serão tratados.

Trama-lógica é o modo como os dados do cliente contextualizado estão deliberadamente estruturados para discernir um significado na assistência de enfermagem. As evidências clínicas sobre o cliente no contexto são processadas conforme a via trama-lógica do enfermeiro. A teoria da via trama-lógica contribui com informação que ajuda a estruturar, ou “enquadrar” a situação em particular. Esta também recebe informação de memórias ou buscas de esquema, ou seja, por meio de padrões de experiências passadas que devem ser empregados na situação atual. Ao mesmo tempo, o enfermeiro usa *reflexão*, a qual é um processo de observação de alguém enquanto pensa simultaneamente nas situações que envolvem o cliente. O objetivo da reflexão é alcançar os melhores processos de pensamento possíveis. A incorporação das ideias de John^{20,21} à prática de enfermagem reflexivamente orientada deve ser utilizada para expandir a descrição original de reflexão elaborada por Pesut e Herman²⁹. A prática reflexiva como método de conseguir compreender uma experiência permite aos médicos desenvolverem o aumento da eficácia da ação pessoal no contexto de seu trabalho. A reflexão durante a tomada de uma decisão clínica envolve considerações sobre o que está sendo feito, quando se está fazendo algo, fazendo perguntas de forma consciente ou subconsciente tais como (1) O que estou percebendo aqui e o que isto significa? (2) Quais julgamentos estou fazendo e quais critérios estou usando? (3) O que estou fazendo e por quê? (4) Existe uma alternativa à ação que estou realizando?¹⁹. Quanto maior a reflexão, maior será a qualidade da assistência prestada. Conforme o enfermeiro vai e volta entre o histórico do cliente e a orientação da trama-lógica por meio de um enquadramento particular que dá significado às conexões existentes entre as sugestões, o estado ou situação atual do paciente tomam forma.

O *estado presente* é a descrição do paciente no contexto, ou a condição inicial. O estado atual irá mudar com o tempo o resultado tanto da assistência de enfermagem como das alterações na natureza da situação do paciente. Os aspectos que descrevem o estado presente podem ser organizados por meio da identificação dos diagnósticos de enfermagem utilizando a taxonomia da NANDA. Os diagnósticos da NANDA fornecem uma estrutura e dão um significado às pistas. Pesut e Herman²⁹ descreveram em detalhes como o enfermeiro cria uma “trama de raciocínio clínico” para descrever o estado presente por meio da identificação da relação existente entre os diagnósticos da NANDA associados com a condição de saúde do paciente. Informados pelo conhecimento de enfermagem e/ou pela direção que o paciente escolhe seguir, os resultados são identificados e indicam a condição desejada para o cliente. Os resultados da NOC fornecem os meios para identificar o *nível do resultado* e são identificados por meio de justaposição ou comparando de lado a lado um estado de resultado específico com os dados de estado presente. Os resultados da NOC são um estado, comportamento ou percepção medidos ao longo de um contínuo em resposta a uma intervenção de

enfermagem. Cada resultado tem um grupo de indicadores que são utilizados para determinar o estado do paciente em relação ao resultado. Assim, os indicadores são mais concretos e são medidos com uma escala de Likert de cinco pontos. Atualmente existem 385 resultados de NOC, cada um com cerca de 12 a 15 indicadores.

Teste é o processo de pensar sobre o modo como os intervalos entre o estado atual (diagnósticos da NANDA) e o estado desejado (resultados da NOC) serão preenchidos. Na fase de teste, o enfermeiro justapõe o estado presente e o estado de resposta enquanto faz considerações sobre quais intervenções da NIC podem ser utilizadas para transpor as lacunas.

A *tomada de decisão* é o processo de seleção e implementação de intervenções de enfermagem específicas. O enfermeiro identifica as intervenções de enfermagem e as ações de enfermagem específicas que ajudarão os pacientes a alcançar os resultados desejados. A taxonomia de 542 intervenções da NIC deste texto facilitará a identificação de intervenções de enfermagem padronizadas que serão escolhidas com base em suas habilidades de auxiliar a transição dos pacientes de estados problemáticos para estados de resposta mais desejáveis. Os seis fatores discutidos anteriormente neste capítulo: resultados do paciente desejados (NOC), características dos diagnósticos de enfermagem (NANDA), a base de pesquisa para a intervenção, praticabilidade para realização da intervenção, a aceitabilidade da intervenção pelo paciente e a capacidade do enfermeiro facilitar a seleção apropriada de uma intervenção efetiva. Enfermeiros individualizam a assistência de enfermagem selecionando e implementando as atividades de enfermagem específicas para cada uma das intervenções da NIC.

Julgamento é o processo de descrição de conclusões com base nas ações tomadas. Como o estado atual do paciente tem se alterado com base nas intervenções? O estado atual corresponde ao estado de resposta desejado? Os indicadores para cada um dos resultados sensíveis de enfermagem da NOC selecionados são os que podem ser utilizados para fazer julgamentos sobre o grau no qual a realização dos resultados desejados é alcançada. As estratégias de pensamento que sustentam o julgamento são a recomposição e a atribuição de um significado diferente às ações a evidências²⁹. Julgamentos resultam em reflexões e conclusões sobre o grau de correspondência entre o estado atual do paciente e o estado de resultado. Além disso, a checagem reflexiva de todo o processo resulta em autocorreção e contribui para o desenvolvimento de um esquema para uso do processo de tomada de decisão em casos de pacientes passando por situações semelhantes no futuro. A reflexão envolve o processo de automonitoramento, autocorreção, autorreforço e de autoavaliação de alguém considerando a tarefa ou a situação²⁶.

O modelo de OPT proporciona uma estrutura que correlaciona a NANDA, NIC e NOC e que constitui o principal avanço no desenvolvimento de modelos de tomada de decisão da prática de enfermagem. O modelo enfatiza: a obtenção do histórico do paciente, o enquadramento do histórico no contexto teórico de uma disciplina específica, a incorporação do pensamento reflexivo, a ênfase nos resultados de enfermagem, a identificação das relações entre os diagnósticos de enfermagem e a identificação de aspectos-chave fornecem uma vantagem distinta sobre o processo de enfermagem tradicional. Como um modelo emergente de tomada de decisão clínica, o modelo de OPT é um novo modo de ensinar, aprender e praticar a assistência baseada no conteúdo de enfermagem.

RESUMO

Este capítulo é uma revisão das potenciais utilizações da NIC na educação e na prática. Desde que a primeira edição da NIC, que foi publicada em 1992, tem havido uma movimentação rápida em ambos os cenários para incorporação do uso. Reconhecemos que dificuldades serão encontradas para a implementação da NIC, e que o trabalho para melhorar a classificação continuamente e vinculá-la as outras classificações deve progredir. Comentários e sugestões para melhorias são bem-vindos e esperados.

- Benner P. From novice to expert. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1984.
- Benner P. Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
- Braden S., Braden C.J. Evaluating nursing interventions: A theory driven approach. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. Nursing interventions: Essential nursing treatments, 2nd ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 1992.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. Nursing interventions: Essential nursing treatments, 3rd ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.
- Butcher, H.K. (2004a). Harmonizing nursing classification systems with nursing theories and narrative pedagogy using the outcome-present state test (OPT) model of reflective clinical reasoning. Presented at the *NNN Conference for Nursing Terminology and Informatics* in March in Chicago
- Butcher H.K. Making caring visible. In: Haynes L., Butcher H.K., Boese T., editors. *Nursing in contemporary society: Issues, trends and transition into practice*. Boston: Prentice Hall; 2004:127-145.
- Butcher H.K. Nursing's distinctive knowledge base. In: Haynes L., Butcher H.K., Boese T., editors. *Nursing in contemporary society: Issues, trends and transition into practice*. Boston: Prentice Hall; 2004:71-103.
- Butcher, H.K. (2005). Bridging the paradigmatic divide: Linking narrative pedagogy and nursing classification systems using the OPT model of clinical reasoning. Presented at the *Nursing Classification and Informatics* conference in Iowa City, Iowa
- Carnevali D.L., Mitchell N., Woods N., Tanner C. Diagnostic reasoning in nursing. Philadelphia: Lippincott, 1984.
- Carter J.H., Moorhead S.A., McCloskey J.C., Bulechek G.M. Using the Nursing Interventions Classification to implement Agency for Health Care Policy and Research guidelines. *Journal of Nursing Care Quality*. 1995;9(2):76-86.
- Christensen P.J., Kenney J.W. Nursing process: Application of conceptual models, 4th ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- Delaney C., Huber D., editors. Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS). Chicago, IL: American Organization of Nurse Executives, 1996.
- Finesilver C., Metzler D., editors. Curriculum guide for implementation of NANDA, NIC and NOC in an undergraduate curriculum. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, 2002.
- Gadow S. Clinical epistemology: A dialectic of nursing assessment. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1995;27(2):25-34.
- Gordon M. Nursing diagnosis: Process and application, 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.
- Guadagnoli E., McNeil B.J. Outcomes research: Hope for the future or the latest rage? *Inquiry*. 1994;31(1):14-24.
- Jacox A. Practice and policy implications of clinical and administrative databases. In: Lang N.M., editor. *Nursing data systems: The emerging framework*. Washington, DC: American Nurses Association, 1995.
- Johns C. The benefits of a reflective model of nursing. *Nursing Times*. 1996;92(27):39-41.
- Johns C. Becoming a reflective practitioner. Oxford: Blackwell Science, 2000.
- Johns C. Guided reflection: Advancing practice. Oxford: Blackwell Science, 2001.
- Johnson M., Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.C., Mass M., Swanson E. NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnosis, outcomes, and interventions, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2006.
- Kautz D.D., Kulper R., Pesut D.J., Williams R.L. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State (OPT) model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*. 2006;17:129-138.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M., Swanson E., editors. Nursing Outcomes Classification (NOC), 4th ed., St. Louis: Mosby, 2008.
- National Committee on Vital and Health Statistics. Uniform hospital discharge data: Minimum data set. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, National Center for Health Statistics, 1980. (pub no PHS 80-1157)
- Pesut D.J. Reflective clinical reasoning. In: Haynes L., Butcher H.K., Boese T., editors. *Nursing in contemporary society: Issues, trends and transition into practice*. Boston: Prentice Hall; 2004:146-162.
- Pesut D.J. 21st Century nursing knowledge work: Reasoning into the future. In: Weaver C.A., Delaney C.W., Weber P., Carr R.L., editors. *Nursing informatics for the 21st century: An international look at practice, trends and the future*. Chicago, IL: HIMSS, 2006.
- Pesut D.J., Herman J. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*. 1998;46(1):29-36.
- Pesut D.J., Herman J. Clinical reasoning: The art & science of critical & creative thinking. Albany, NY: Delmar, 1999.
- Pinkley C.L. Exploring NANDA's definition of nursing diagnosis: Linking diagnostic judgments with the selection of outcomes and interventions. *Nursing*

Diagnosis. 1991;2(1):26-32.

. Polkinghorne D.P. Narrative knowing and human sciences. Albany: State University of New York Press, 1988.

! Sakalys J.A. Restoring the patient's voice: The therapeutics of illness narratives. *Journal of Holistic Nursing*. 2003;21(3):228-241.

! Titler M.G. Infusing research into practice to promote quality care. *Nursing Research*. 1994;4(3):306-313.

! Titler M., Dochterman J., Reed D. Guideline for conducting effectiveness research in nursing & other health care services. Iowa City IA: Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness, 2004.

! Werley H.H., Lang N.M., editors. Identification of the nursing minimum data set. New York: Springer, 1988.

PARTE DOIS
Taxonomia das Intervenções de Enfermagem

Visão Geral da Taxonomia NIC

As 542 intervenções da *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (NIC), quinta edição, foram organizadas, como na edição anterior, em sete domínios e 30 classes. Essa estrutura taxonômica com três níveis está nas páginas a seguir. Na parte superior, o nível mais abstrato inclui *sete domínios* (numerados de um a sete). Cada um envolve *classes* (com letras em ordem alfabética), ou grupos de intervenções relacionadas (cada uma com um código particular, com quatro dígitos), no terceiro nível da taxonomia. São usados na taxonomia somente os títulos das intervenções. Consultar a listagem alfabética no livro em busca da definição e atividades definidoras para cada uma. A taxonomia foi elaborada por meio dos métodos de análise de semelhanças, agrupamento hierárquico, julgamento clínico e revisão por especialistas. Consultar o [Capítulo 2](#) para mais detalhes sobre a construção, validação e código da taxonomia.

A taxonomia agrupa intervenções relacionadas para facilitar o uso. Os agrupamentos representam todas as áreas da prática da enfermagem. Enfermeiros de todas as especialidades devem lembrar-se de utilizar toda a taxonomia com determinado paciente, e não somente as intervenções de uma classe ou domínio. Teoricamente, a taxonomia é neutra; as intervenções podem ser utilizadas com qualquer teoria de enfermagem e em todo local da prática e sistema de atendimento à saúde. Elas podem ainda ser empregadas com várias classificações diagnósticas, inclusive a NANDA (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem), ICD (Classificação Internacional de Doenças), DSM (Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais) e a Lista de Problemas do Sistema Omaha.

Cada uma das intervenções recebeu um número próprio para facilitar a sistematização eletrônica. Quando alguém quiser identificar a classe e o domínio da intervenção, usa seis dígitos (p. ex., 1A-0140 é Promoção da Mecânica Corporal, localizada na classe Controle da Atividade e do Exercício, no domínio Fisiológico: Básico). Os códigos das atividades não estão incluídos neste livro, uma vez que não desejávamos uma classificação dominada por números. Diante da necessidade de atribuir códigos, as atividades de cada intervenção podem então, ser numeradas, usando-se dois espaços após um número decimal (p. ex., 1A-0140, 01). Considerando-se os números absolutos das atividades e a quantidade de recursos necessários para seu acompanhamento, além das mudanças nas atividades ao longo do tempo, não se tentou dar códigos únicos às atividades. Se codificadas em alguma instituição, precisam ser usadas com o código da intervenção relacionada.

Algumas intervenções foram incluídas em duas classes, mas codificadas de acordo com a classe principal. Tentamos manter um mínimo de referências cruzadas, uma vez que poderia, facilmente, tornar-se longa e de difícil manuseio. As intervenções estão listadas em outra classe somente quando entendidas como suficientemente relacionadas às intervenções naquela classe. Nenhuma está listada em mais de duas classes. As mais concretas (p. ex., com dois pontos no título) foram codificadas com quatro dígitos (p. ex., Terapia com Exercício: Deambulação tem o código 0221). Uma vez ou outra uma intervenção está somente em uma classe, embora tenha um código de outra classe (p. ex., Aconselhamento Nutricional está localizada na classe D, Suporte Nutricional, mas está codificado como 5246 para indicar tratar-se de uma intervenção de aconselhamento). As intervenções em cada classe acham-se listadas em ordem alfabética, embora os números possam não estar em sequência devido a acréscimos e exclusões. Na classe Controle da Eliminação, as intervenções relacionadas ao intestino estão em primeiro lugar na listagem alfabética, seguidas das relacionadas à bexiga. As duas últimas classes no domínio Sistema de Saúde (Controle do Sistema de Saúde, código a, e Controle das Informações, código b) contêm muitas intervenções de cuidado indireto (as que seriam incluídas em despesas gerais).

A taxonomia apareceu, pela primeira vez, na segunda edição da NIC, em 1996, com seis domínios e 27 classes. A terceira edição, publicada em 2000, incluiu um domínio novo (Comunidade) e três novas classes: Cuidados na Educação de Filhos (código Z), no domínio Família, e Promoção da Saúde da Comunidade e Controle de Riscos da Comunidade, no domínio Comunidade (c e d). Nesta edição, não houve acréscimos de novos domínios ou classes; as 34 novas intervenções foram colocadas, com facilidade, nas classes existentes.

As instruções de codificação utilizadas para esta edição e edições anteriores estão assim resumidas:

- Cada intervenção recebeu um código específico, com quatro dígitos, pertencente à intervenção enquanto ela existir, independente de ela mudar ou não de classe em alguma edição futura.
- Os códigos são removidos quando as intervenções são excluídas; nenhum código é usado mais de uma vez. Intervenções com mudança somente no título que não modifique sua natureza manterão o mesmo código. Nesse caso, a mudança no título não afeta a intervenção, embora tenha sido necessária por alguma forte razão (p. ex., Proteção Contra Abuso foi mudada para Apoio à Proteção contra Abuso, na terceira edição, para diferenciá-la de um resultado na NOC com o mesmo nome. Sedação Consciente foi mudada na quarta edição para Controle da Sedação para melhor refletir a prática atual).
- As intervenções somente com mudança no título e que *realmente* mude a natureza da intervenção recebem um código novo e o anterior é retirado (p. ex., na terceira edição, Triagem passou a Triagem: Catástrofe, indicando a natureza mais diferenciada dessa intervenção, diferenciando-a das novas, como Triagem: Centro de Emergência e Triagem: Telefone).
- Evita-se a referência cruzada sempre que possível e nenhuma intervenção tem essa condição em mais do que duas classes; o número dado é escolhido com base na classe principal.
- Intervenções mais concretas são códigos com um quarto dígito.
- As intervenções estão em ordem alfabética em cada classe; os números dos códigos podem não estar em sequência devido a mudanças, acréscimos e exclusões.
- Ainda que, originalmente, os códigos iniciados na segunda edição tenham uma fundamentação lógica e essa ordem lógica tenha sido mantida sempre que possível, *códigos são descontextualizados* e não devem ser interpretados como tendo significado, a não ser um número com quatro dígitos.
- As atividades não estão codificadas; mas se houver desejo de codificá-las, usar dois (ou mais se indicado em seu sistema de informática) espaços para a direita de um número decimal e numerar as atividades, na medida de seu aparecimento em cada intervenção (p. ex., 0140, 01, 0140, 02).

	Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3
Nível 1 Domínios	1. Fisiológico: Básico Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico	2. Fisiológico: Complexo Cuidados que dão suporte a regulação homeostática	3. Comportamental Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida
Nível 2 Classes	<p>A Controle da Atividade e do Exercício: Intervenções para organizar ou auxiliar a atividade física e a conservação e gasto de energia</p> <p>B Controle da Eliminação: Intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação intestinal e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados.</p> <p>C Controle da Imobilidade: Intervenções para controlar a restrição de movimentos do corpo e suas sequelas</p> <p>D Apoio Nutricional: Intervenções para modificar ou manter a condição nutricional</p> <p>E Promoção do Conforto Físico: Intervenções para promover o conforto, utilizando técnicas motoras</p> <p>F Facilitação do Autocuidado: Intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina diária da vida</p>	<p>G Controle Eletrolítico e Ácido-Básico: Intervenções para regular o equilíbrio de eletrólito/ácido-básico e prevenir complicações</p> <p>H Controle de Medicamentos: Intervenções pra facilitar os efeitos desejados de agentes farmacológicos</p> <p>I Controle Neurológico Intervenções para otimizar a função neurológica</p> <p>J Cuidados Perioperatórios: Intervenções para proporcionar cuidados antes, durante e imediatamente após uma cirurgia</p> <p>K Controle Respiratório: Intervenções para promover a desobstrução das vias aéreas e a troca de gases</p> <p>L Controle de Pele/Feridas: Intervenções para manter ou recuperar a integridade tissular</p> <p>M Termorregulação: Intervenções para manter a temperatura corporal dentro de um parâmetro normal</p> <p>N Controle da perfusão tissular: Intervenções para otimizar a circulação de sangue e líquidos ??? os tecidos</p>	<p>O Terapia Comportamental: Intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis, ou alterar comportamentos indesejáveis</p> <p>P Terapia Cognitiva: Intervenções para reforçar ou promover funcionamento cognitivo desejável, ou alterar funcionamento cognitivo indesejável</p> <p>Q Melhora da Comunicação: Intervenções para facilitar o envio e a recepção de mensagens verbais e não verbais</p> <p>R Assistência no Enfrentamento: Intervenções para auxiliar o outro a contar com seus pontos positivos para adaptar-se a uma mudança de função ou atingir um nível elevado de funcionamento</p> <p>S Educação do Paciente: Intervenções para facilitar a aprendizagem</p> <p>T Promoção no Conforto Psicológico: Intervenções para promover conforto, utilizando técnicas psicológicas</p>

Domínio 4	Domínio 5	Domínio 6	Domínio 7
4. Segurança Cuidados que dão suporte à proteção contra danos	5. Família Cuidados que dão suporte à família	6. Sistema de Saúde Cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde	7. Comunidade Cuidados que dão suporte à saúde da comunidade
U Controle na Crise: Intervenções para oferecer ajuda imediata e de curto prazo em crises psicológicas e fisiológicas V Controle de Risco: Intervenções para iniciar atividades de redução de riscos e manter o monitoramento de riscos ao longo do tempo	W Cuidado no Nascimento dos Filhos: Intervenções para auxiliar o preparo para o nascimento de um filho e o controle das mudanças psicológicas e fisiológicas antes, durante e imediatamente após o parto Z Cuidados na Educação de Filhos: Intervenções para auxiliar a criação dos filhos X Cuidados ao Longo da Vida: Intervenções para facilitar o funcionamento da unidade familiar e promover a saúde e o bem-estar dos membros da família ao longo do ciclo de vida	Y Mediação do Sistema de Saúde: Intervenções para facilitar a interface entre o paciente/família e o sistema de atendimento à saúde a Controle do Sistema de Saúde: Intervenções para oferecer e melhorar os serviços de apoio para a prestação de cuidados b Controle das Informações: Intervenções para facilitar a comunicação sobre o atendimento à saúde	c Promoção da Saúde da Comunidade: Intervenções que promovem a saúde de toda uma comunidade d Controle de Riscos da Comunidade: Intervenções que auxiliam na detecção ou prevenção de riscos à saúde para toda uma comunidade

PARTE TRÊS

A Classificação

A

Apoio à Proteção contra ABUSO (6400)

Definição: Identificação de relações e ações de alto risco para prevenir sofrimento por dano físico ou emocional.

Atividades:

Identificar adulto(s) com histórico de infância infeliz, associada a abuso, rejeição, críticas excessivas, sentimentos de desvalia e de falta de amor quando criança.

Identificar adulto(s) com dificuldade para confiar nos outros ou que não gosta(m) de outros.

Identificar se o indivíduo sente que pedir ajuda é indicativo de incompetência pessoal.

Identificar o nível de isolamento social existente na situação familiar.

Determinar se a família necessita de alívio periódico das responsabilidades de cuidado.

Identificar se o adulto em risco tem amigos próximos ou familiares disponíveis para ajudar com os filhos, quando necessário.

Determinar a relação entre o marido e a esposa.

Determinar se os adultos conseguem substituir um ao outro quando um deles está tenso, cansado ou enraivecido demais para lidar com familiar dependente.

Determinar se o filho/dependente adulto é percebido de maneira diferente por um adulto em relação a sexo, aparência ou comportamento.

Identificar situações de crise capazes de desencadear abuso, tais como pobreza, desemprego, divórcio ou morte de ente querido.

Monitorar sinais de negligência em famílias de alto risco.

Observar sinais de abuso em criança/adulto dependente doente.

Ouvir as explicações de como ocorreu a doença ou a lesão.

Identificar se a explicação da causa da doença ou lesão é incoerente entre os envolvidos.

Encorajar a internação hospitalar de criança/dependente adulto para mais observações e investigações, conforme apropriado.

Registrar horários e duração das visitas durante hospitalização.

Monitorar as interações entre pais e filhos e registrar as observações, conforme apropriado.

Monitorar reações insuficientes ou exageradas por parte de um adulto.

Monitorar a criança/adulto dependente quanto à obediência exagerada, como submissão passiva aos procedimentos hospitalares.

Monitorar a criança quanto à inversão de papéis, como confortar os pais, ou comportamento hiperativo ou agressivo.

Ouvir com atenção o adulto que começa a falar sobre os próprios problemas.

Ouvir os sentimentos de mulher grávida sobre a gestação e as expectativas sobre o filho que ainda não nasceu.

Monitorar as reações de pais novatos, observando sentimentos de desgosto, de medo ou expectativas irreais.

Monitorar pais que seguram o recém-nascido a distância, que o seguram descuidadamente ou que pedem ajuda excessiva.

Monitorar visitas repetidas a clínica, setor de emergência ou consultório médico por problemas menores.

Monitorar a piora progressiva no cuidado físico e emocional oferecido a criança/adulto dependente na família.

Monitorar a criança quanto a sinais de crescimento insuficiente, depressão, apatia, retardo do desenvolvimento ou desnutrição.

Identificar as expectativas do adulto quanto à criança para determinar se os comportamentos esperados são realistas.

Orientar os pais quanto a expectativas realistas, com base no nível de desenvolvimento da criança.

Estabelecer interação com as famílias com histórico de abuso para avaliação e apoio em longo prazo.

Ajudar as famílias a identificar estratégias de enfrentamento de situações estressantes.

Orientar membros adultos da família sobre sinais de abuso.

Encaminhar o(s) adulto(s) em risco para especialistas adequados.

Informar o médico sobre observações indicativas de abuso.

Relatar todas as situações em que haja suspeita de abuso às autoridades competentes.

Encaminhar o(s) adulto(s) para abrigos de cônjuges vítimas de abuso, conforme apropriado.

Encaminhar os pais para grupos de apoio como Pais Anônimos, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a fazer contato com a polícia diante de ameaça à segurança física.

Informar o paciente sobre leis e serviços relevantes em casos de abuso.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000, quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Bohn D.K. Domestic violence and pregnancy: Implications for practice. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1990;35(2):86-98.

Boyd M.R. Caring for abused persons. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:823-856.

Lancaster J., Kerschner D. Violence and human abuse. In: Stanhope M, Lancaster J, editors. *Community health in nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1992:411-427.

Roberts C., Quillan J. Preventing violence through primary care intervention. *Nurse Practitioner*. 1992;17(8):62-70.

Vickrey P.G. Protecting the older adult. *Nursing Management*. 2001;30(7):34-38.

Definição: Identificação de alto risco nas relações da criança e ações para prevenir possível sofrimento por dano físico, sexual ou emocional, ou negligência quanto às necessidades básicas vitais.

Atividades:

Identificar mães com histórico de acompanhamento pré-natal tardio (quatro meses ou mais) ou sem este atendimento.

Identificar pais que tiveram algum filho retirado de casa, ou que deixaram filhos anteriores com parentes por longos períodos.

Identificar pais com histórico de abuso de substância, depressão ou doença psiquiátrica importante.

Identificar pais que demonstram mais necessidade de educação para maternidade/paternidade (p. ex., pais com problemas de aprendizagem, pais que expressam sentimentos de inadequação, pais de primeiro filho, pais adolescentes).

Identificar pais com histórico de violência doméstica ou mãe com histórico de várias lesões „acidentais”.

Identificar pais com histórico de infância infeliz associada a abuso, rejeição, crítica excessiva ou sentimentos de desvalia ou falta de amor.

Identificar situações críticas capazes de desencadear abuso (p. ex., pobreza, desemprego, divórcio, perda da casa e violência doméstica).

Verificar se a família possui uma rede de apoio social adequada para auxiliar nos problemas familiares, ao descanso do cuidado dos filhos e no cuidado da criança em crise.

Identificar bebês/crianças com grandes necessidades de cuidado (p. ex., prematuridade, baixo peso no nascimento, cólica, intolerâncias alimentares, importantes problemas de saúde no primeiro ano de vida, deficiências no desenvolvimento, hiperatividade e transtornos de déficit de atenção).

Identificar explicações do cuidador sobre lesões da criança que sejam improváveis ou incoerentes, alegações de autolesão, atribuição de culpa a outras crianças, ou demonstração de atraso na busca de tratamento.

Verificar se a criança apresenta sinais de abuso físico, inclusive lesões em diferentes estágios de cicatrização, contusões e vergões na pele sem explicação; queimaduras com padrão inexplicado, por imersão ou atrito; fraturas faciais, em espiral, diafisárias ou múltiplas; lacerações ou abrasões faciais sem explicação; marcas de mordida humana; hemorragia intracraniana, subdural, intraventricular e intraocular; síndrome do bebê sacudido e doenças resistentes a tratamento e/ou com sinais e sintomas que se modificam.

Verificar se a criança demonstra sinais de negligência, inclusive padrões de crescimento insatisfatório ou inconsistente, falha em desenvolver-se, perda de tecido subcutâneo, fome consistente, higiene insatisfatória, fadiga e falta de energia constantes, manchas sem pelos no couro cabeludo ou outras lesões na pele, apatia, postura corporal rígida e roupas inadequadas à condição climática.

Verificar se a criança demonstra sinais de abuso sexual, inclusive dificuldade de andar ou sentar; roupa íntima rasgada, manchada ou ensanguentada; genitália avermelhada ou com traumatismo; lacerações anais ou vaginais; infecções repetidas do trato urinário; tônus esfinteriano deficiente; doenças sexualmente transmissíveis; gravidez; comportamento promíscuo ou prostituição; histórico de fuga de casa, perda ou aumento repentino do peso, autoagressão, mudanças comportamentais ou de saúde acentuadas com etiologia indeterminada.

Verificar se a criança apresenta sinais de abuso emocional, inclusive atrasos no desenvolvimento físico, transtornos nos hábitos, transtornos de aprendizagem, traços neuróticos/reações psiconeuróticas, extremos de comportamento, atrasos no desenvolvimento cognitivo e tentativa de suicídio.

Estimular a admissão hospitalar da criança para que seja mais observada e examinada, conforme apropriado.

Registrar horários e duração das visitas durante a hospitalização.

Monitorar as interações entre pais e filhos e registrar as observações.

Verificar se os sintomas agudos na criança diminuem quando é separada da família.

Verificar se os pais têm expectativas irreais quanto ao comportamento da criança ou se eles atribuem aspectos negativos ao comportamento de seu filho.

Monitorar a criança quanto à obediência exagerada, como submissão passiva a procedimentos invasivos.

Monitorar a criança quanto à inversão de papéis, como confortar os pais, ou comportamento muito ativo ou agressivo.

Ouvir os sentimentos da mulher grávida acerca da gestação e suas expectativas quanto ao bebê que ainda não nasceu.

Monitorar as reações de pais iniciantes em relação ao bebê, observando se ocorrem sentimentos de rejeição, medo, ou frustração quanto ao gênero.

Monitorar pais que seguram o bebê a distância, lidam com eles descuidadamente, solicitam ajuda excessiva e expressam ou demonstram desconforto ao cuidar do filho.

Monitorar visitas excessivas a clínicas, setor de emergência ou consultórios médicos devido a problemas menores.

Estabelecer um sistema de marcação dos prontuários de crianças supostamente vítimas de abuso ou negligência.

Monitorar a piora progressiva no estado físico e emocional do bebê/criança.

Determinar o conhecimento que os pais têm das necessidades básicas de cuidado do bebê/criança e oferecer informações adequadas sobre o assunto, conforme apropriado.

Orientar os pais sobre solução de problemas, tomada de decisão e habilidades para criar filhos, ou encaminhá-los a programas em que possam aprender tais habilidades.

Ajudar as famílias a identificar estratégias de enfrentamento de situações estressantes.

Oferecer informações aos pais sobre como enfrentar o choro prolongado do bebê, salientando que não devem sacudir a criança.

Oferecer aos pais métodos de punição não físicos para disciplinar os filhos.

Oferecer à gestante e aos seus familiares informações sobre os efeitos do fumo, da alimentação inadequada e do abuso de substâncias sobre a saúde do bebê e deles próprios.

Envolver pais e filho em exercícios de promoção de vínculo.

Oferecer a pais e filhos adolescentes informações sobre de tomada de decisão e de comunicação e encaminhá-los a serviços de aconselhamento de jovens, conforme apropriado.

Oferecer a filhos mais velhos informações corretas sobre como satisfazer às necessidades básicas de cuidados dos irmãos menores.

Oferecer às crianças afirmações positivas de seu valor, atendimento carinhoso, comunicação terapêutica e estímulo ao desenvolvimento.

Proporcionar às crianças vítimas de abuso sexual a segurança de que o abuso não foi culpa delas, e permitir que expressem suas preocupações por meio do jogo terapêutico apropriado à idade.

Encaminhar mulheres grávidas de risco e pais de recém-nascidos de risco para serviços de visita domiciliar de enfermeiros.

Proporcionar às famílias de risco encaminhamento à Enfermagem de Saúde Coletiva para garantir o monitoramento do ambiente doméstico, a avaliação dos outros irmãos e a assistência contínua da família.

Encaminhar as famílias para serviços de assistência social e aconselhamento de profissionais, se necessário.

Oferecer aos pais informações sobre recursos da comunidade que incluam endereços e telefones de instituições que ofereçam cuidados de repouso, atendimento de emergência infantil, assistência domiciliar, tratamento para abuso de substância, serviços de aconselhamento com preços diferenciados, fornecimento de refeições, centros de distribuição de roupas, cuidados de saúde, assistência social, telefones de emergência e abrigos para casos de abuso doméstico.

Relatar ao médico observações indicativas de abuso ou negligência.

Informar suspeita de abuso ou negligência às autoridades competentes.

Encaminhar pais vítimas de espancamento e crianças com risco de violência doméstica para abrigos.

Encaminhar os pais para grupos de apoio como Pais Anônimos, conforme apropriado.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Campbell J., Humphreys J. Nursing care of survivors of family violence, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Cicchetti D., Carlson V, editors. Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. New York: Cambridge University Press, 1990.

Cowen P.S. Child abuse — What's nursing's role? In: McCloskey J.C., Grace H.K., editors. *Current issues in nursing*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1994:731-741.

Cowen P.S. Child maltreatment: Developmental and health effects. In: Cowen P.S., Moorhead S, editors. *Current issues in nursing*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2006:684-701.

Cowen P.S. Child neglect prevention: The pivotal role of nursing. In: Cowen P.S., Moorhead S, editors. *Current issues in nursing*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2006:702-727.

Dove A., Kobryn M. Computer detection of child abuse. *Nursing Standard*. 1991;6(10):38-39.

Dykes L.J. The whiplash shaken infant syndrome: What has been learned? *Child Abuse & Neglect*. 1986;10(2):211-221.

Rosenberg D.A. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*. 1987;11(4):547-563.

Apoio à Proteção contra ABUSO: parceiro no lar (6403)

Definição: Identificação de alto risco nas relações domésticas e ações para prevenir possível sofrimento por dano físico, sexual ou emocional, ou exploração de um parceiro no lar.

Atividades:

Identificar fatores de risco associados a abuso doméstico (p. ex., histórico de violência doméstica, abuso, rejeição, críticas excessivas ou sentimentos de desvalia ou falta de amor; dificuldade para confiar nos outros ou sentimento de não ser amado; sensação de que pedir ajuda indica incompetência pessoal; muitas necessidades de cuidado físico; muitas responsabilidades de cuidado familiar; abuso de substância; doenças psiquiátricas importantes; depressão; isolamento social; relações insatisfatórias entre os parceiros domésticos; múltiplos casamentos; gravidez; pobreza; desemprego;

dependência financeira; falta de moradia; infidelidade; divórcio, ou morte de ente querido.

Identificar a existência de sintomas de histórico de abuso doméstico (p. ex., várias lesões por acidente, sintomas somáticos múltiplos, dor abdominal crônica, dores de cabeça crônicas, dor pélvica, ansiedade, depressão, síndrome do estresse pós-traumático e outros transtornos psiquiátricos).

Monitorar presença de sinais e sintomas de abuso físico (p. ex., várias lesões em estágios diferentes de cicatrização; lacerações sem explicação, contusões ou vergões no rosto [em especial, periorbitais], na boca, tronco, costas, nádegas ou extremidades superiores; fraturas sem explicação no crânio, nariz, costelas ou quadril; manchas com falta de cabelos ou couro cabeludo sensível; contusões, esfolamento ou escoriações nos pulsos ou tornozelos, ou outras marcas de imobilização; contusões „defensivas” nos antebraços e marcas de mordida humana).

Monitorar presença de sinais e sintomas de abuso sexual (p. ex., presença de sêmen ou sangue ressecado, lesão na genitália externa, vagina, ânus ou pênis; solicitação de verificação de batimentos cardíacos fetais; doenças sexualmente adquiridas, ou mudanças exageradas de comportamento ou saúde, com etiologia indeterminada).

Monitorar presença de sinais e sintomas de abuso emocional (p. ex., baixa autoestima, depressão, humilhação e derrota; comportamento expresso de cautela perto do parceiro; autoagressão ou gestos suicidas).

Monitorar presença de sinais e sintomas de exploração (p. ex., provisão inadequada de necessidades básicas quando há recursos disponíveis; privação de pertences pessoais; perda sem razão aparente de cheques; evidência de que bens pessoais estão sendo tomados sem consentimento ou aprovação, ou por meio de uso de influência indevida, ou falta de conhecimento sobre finanças pessoais ou questões legais).

Documentar evidência de abuso físico ou sexual, usando instrumentos padronizados de investigação e fotografias.

Ouvir com atenção a pessoa que começa a falar sobre os próprios problemas.

Identificar incoerências na explicação da causa da(s) lesão(ões).

Determinar coerência entre o tipo de lesão e a descrição da causa.

Entrevistar paciente e/ou conhecido sobre suspeita de abuso na ausência do parceiro.

Estimular a internação hospitalar para mais observações e exames, conforme apropriado.

Monitorar as interações com o parceiro e registrar as observações conforme apropriado (p. ex., registrar horários e duração das visitas do parceiro durante a hospitalização, reações excessivas ou reduzidas do parceiro).

Monitorar o indivíduo quanto à obediência exagerada, como submissão passiva a procedimentos hospitalares.

Monitorar a piora progressiva do estado físico e/ou emocional do indivíduo.

Monitorar visitas repetidas a clínicas, setor de emergência ou consultório médico devido a problemas menores.

Estabelecer um sistema de sinalização nos prontuários dos indivíduos em que há suspeita de abuso.

Oferecer confirmação positiva do valor pessoal.

Encorajar a manifestação de preocupações e sentimentos que podem incluir medo, culpa, vergonha e autorresponsabilização.

Apoiar as vítimas, para que tomem medidas e façam mudanças para evitar mais vitimação.

Auxiliar os indivíduos e as famílias a desenvolverem estratégias de enfrentamento de situações estressantes.

Auxiliar os indivíduos e as famílias a avaliarem com objetividade, os pontos positivos e negativos nas relações.

Encaminhar indivíduos em risco de abuso ou vítimas de abuso para especialistas e serviços apropriados (p. ex., enfermeiro de saúde pública, assistência social, aconselhamento, assistência jurídica).

Encaminhar o parceiro que abusa para especialistas e serviços apropriados.

Oferecer informações confidenciais sobre abrigos em casos de violência doméstica, conforme apropriado.

Iniciar a elaboração de um plano de segurança a ser usado em casos de aumento da violência.

Relatar todas as situações com suspeita de abuso, em atendimento à legislação pertinente.

Iniciar programas de educação na comunidade com o objetivo de reduzir a violência.

Monitorar o uso de recursos da comunidade.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Alpert E. Violence in intimate relationships and the practicing internist: New „disease” or new agenda. *Annals of Internal Medicine*. 1995;123(10):774-781.

Campbell J., Harris M., Lee R. Violence research: An overview. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1995;9(2):105-126.

Campbell J., Humphreys J. Nursing care of survivors of family violence. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Erickson R., Hart S. Domestic violence: Legal, practice, and educational issues. *MedSurg Nursing*. 1998;7(3):142-147. 164

McFarlane J., Christoffel K., Bateman L., Miller V., Bullock L. Assessing for abuse: Self-report versus nurse interview. *Public Health Nursing*. 1991;8(4):245-250.

Parker B., McFarlane J. Identifying and helping battered pregnant women. *Maternal-Child Nursing*. 1991;16(3):161-164.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Roberts C., Quillan J. Preventing violence through primary care intervention. *Nurse Practitioner*. 1992;17(8):62-70.

Taylor J.Y. Care of African American women survivors of intimate partner violence. In: Cowen P.S., Moorhead S, editors. *Current issues in nursing*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2006:727-731.

Apoio à Proteção contra ABUSO: Idoso (6404)

Definição: Identificação de relações de alto risco do idoso e ações para prevenir possível sofrimento por dano físico, sexual ou emocional; negligência de necessidades básicas vitais ou exploração.

Atividades:

Identificar pacientes idosos que se percebem como dependentes de cuidadores devido a condição de saúde prejudicada, prejuízo emocional, recursos econômicos limitados, depressão, abuso de substância ou falta de conhecimento de recursos disponíveis e alternativas de cuidado.

Identificar organização de cuidados feita com consideração mínima das necessidades de cuidado do idoso; as habilidades, as características e as responsabilidades simultâneas dos cuidadores; a necessidade de adaptações do ambiente e o histórico e a qualidade das relações entre o idoso e os cuidadores.

Identificar situação de crise familiar capaz de desencadear abuso, como pobreza, desemprego, divórcio, falta de moradia ou morte de ente querido.

Determinar se o paciente idoso e seus cuidadores têm uma rede de apoio social funcional para auxiliar o paciente a realizar as atividades cotidianas e a obter atendimento de saúde, transporte, terapia, medicamentos, informações sobre recursos da comunidade, aconselhamento financeiro e assistência para problemas pessoais.

Identificar pacientes idosos que confiam em um único cuidador ou unidade familiar para oferecer assistência e monitoramento em cuidado físico prolongado.

Identificar cuidadores que demonstram saúde física ou mental prejudicada, abuso de substância, depressão, cansaço, problemas ou dependência financeira, lesões cometidas pelo paciente, dificuldade em compreender a condição ou as necessidades do paciente, atitudes de intolerância ou crítica excessiva ao paciente, desgaste, dores nas costas devido à falta de ajuda ao erguer o paciente, bem como cuidadores que ameaçam o paciente com abandono, hospitalização, internação em outra instituição ou procedimentos dolorosos.

Identificar cuidadores na família com histórico de terem sido abusados ou negligenciados na infância.

Identificar explicações do cuidador sobre lesões no paciente que se mostrem improváveis, inconsistentes, com alegação de autolesão, culpabilização de outras pessoas, inclusive atividades que ultrapassem as capacidades físicas do idoso, ou que demonstrem atraso na busca de tratamento.

Determinar se o paciente idoso demonstra sinais de abuso físico, inclusive lesões em estágios diferentes de cicatrização; lacerações, abrasões, contusões, queimaduras e fraturas inexplicáveis; trauma com objeto cego, manchas com ausência de cabelos ou couro cabeludo sensível; e marcas de mordida humana.

Determinar se o paciente idoso demonstra sinais de negligência, inclusive higiene insatisfatória; roupas inadequadas ou inapropriadas (rasgadas, sujas), ou falta de roupas quentes ou calçado; lesões de pele não tratadas; contraturas, integridade da pele prejudicada e úlceras de decúbito; desnutrição ou falta de adesão à dieta prescrita; privação ou auxílio inadequado para a mobilidade e percepção (bengala, óculos, aparelho auditivo); ausência de dentaduras ou dentes cariados ou quebrados; escoriações no períneo e fissuras na pele; problemas de saúde não tratados, ou admissões hospitalares repetidas por supervisão inadequada do cuidado de saúde; infestação de vermes; falta de medicação ou sedação excessiva e privação de contatos sociais.

Determinar se o paciente idoso demonstra sinais de abuso sexual, inclusive presença de sêmen ou sangue ressecado; lesão na genitália externa, vagina, ânus ou pênis; doenças sexualmente adquiridas, ou mudanças drásticas no padrão de saúde com etiologia indeterminada.

Determinar se o paciente idoso demonstra sinais de abuso emocional, inclusive medo, raiva, confusão, retraimento, baixa autoestima, depressão, humilhação e sentimento de derrota; comportamento excessivamente cauteloso perto do cuidador; autoagressão ou gestos suicidas.

Determinar se o paciente idoso demonstra sinais de exploração, inclusive provisão inadequada das necessidades básicas, quando há recursos adequados disponíveis; privação de pertences pessoais; perda inexplicada do Seguro Social ou de cheques de aposentadoria; evidência de que bens pessoais são levados sem consentimento, aprovação, ou por meio de uso de influência indevida, ou falta de conhecimento das próprias finanças ou assuntos legais, inclusive tutela e poder legal.

Encorajar a admissão hospitalar para mais observações e exames, conforme apropriado.

Monitorar as interações paciente-cuidador e registrar as observações.

Verificar se os sintomas agudos do paciente desaparecem quando ele está afastado dos cuidadores.

Determinar se cuidadores têm expectativas irreais quanto a comportamento do paciente ou se fazem atribuições negativas ao comportamento.

Monitorar se há obediência excessiva às exigências dos cuidadores ou submissão passiva a procedimentos invasivos.

Monitorar se há visitas repetidas a clínicas, setor de emergência ou consultórios médicos devido a lesões, monitoramento

inadequado de saúde, supervisão inadequada, ou adaptações inadequadas do ambiente.

Proporcionar aos pacientes afirmação positiva de seu valor e permitir que manifestem preocupações e sentimentos que podem incluir medo, culpa, vergonha e autorresponsabilização.

Auxiliar os cuidadores a investigar seus sentimentos em relação aos parentes ou pacientes sob seus cuidados e identificar fatores que incomodem e pareçam contribuir com comportamentos abusivos ou negligentes.

Auxiliar os pacientes e familiares a identificar condições inadequadas e prejudiciais de cuidados e ajudá-los a identificar mecanismos para solucionar esses problemas.

Discutir preocupações sobre observações de indicadores de risco, individualmente com o paciente idoso e com o cuidador.

Determinar o conhecimento e a habilidade do paciente idoso e do cuidador para atender às necessidades de cuidado e segurança do paciente e oferecer orientação adequada.

Ajudar os pacientes e familiares a identificar estratégias de enfrentamento de situações de estresse, inclusive a dificuldade de decidir se interrompe ou não o atendimento em casa.

Determinar desvios do envelhecimento normal e observar sinais e sintomas precoces de saúde deficiente por meio de exames de saúde rotineiros.

Promover o máximo de independência e autocuidado, por meio de estratégias inovadoras de ensino e uso da repetição, prática, reforço e ritmo individualizado.

Realizar avaliação do ambiente doméstico e recomendar adaptações na casa para promover autoconfiança física, ou encaminhar a organizações de assistência apropriadas.

Auxiliar no restabelecimento de uma ampla gama de atividades da vida diária, conforme as possibilidades.

Orientar sobre os benefícios de um regime de atividade física rotineira; oferecer programas individualizados de exercício e encaminhar a fisioterapeuta ou a programas de exercício, quando apropriado, para evitar dependência.

Implementar estratégias para estimular o raciocínio crítico, a tomada de decisão e a memória.

Providenciar encaminhamento para Enfermeiro de Saúde Pública para garantir que o ambiente doméstico seja monitorado e que o paciente receba assistência contínua.

Providenciar encaminhamento de pacientes e suas famílias para assistentes sociais e para aconselhamento de profissionais.

Oferecer informações sobre recursos comunitários a pacientes idosos e seus cuidadores, inclusive endereços e telefones de locais que ofereçam assistência de serviços a idosos, cuidado de saúde domiciliar, cuidado em casas de repouso, cuidado em dias de folga do cuidador principal, atendimento de emergência, assistência para hospedagem, transporte, tratamento para abuso de substância, aconselhamento com taxas diferenciadas, atendimento de saúde, assistência social, preparo de alimentos e refeições em domicílio, centros de distribuição de roupas e telefones de emergência.

Alertar os pacientes para que tenham seus cheques de aposentadoria ou Benefício Social diretamente depositados, para não aceitarem atendimento pessoal em troca de transferência de bens e para não assinarem documentos ou fazerem acordos financeiros antes de procurarem assistência jurídica.

Encorajar pacientes e familiares para planejar antecipadamente as necessidades de cuidado, inclusive quem assumirá a responsabilidade se o paciente ficar incapacitado e como explorar capacidades, preferências e opções de cuidado.

Consultar os recursos da comunidade existentes em busca de informações.

Informar o médico sobre as observações indicativas de abuso ou negligência.

Relatar suspeita de abuso ou negligência às autoridades competentes.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Fulmer T., Paveza G., Abraham I., Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2000;26(5):436-443.

Klienschmidt K.C. Elder abuse: A review. *Annals of Emergency Medicine*. 1997;30(4):463-472.

Lemko K., Fulmer T. Nursing care: Victims of violence-elder mistreatment. In: Cowen P.S., Moorhead S, editors. *Current issues in nursing*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2006:732-737.

White S.W. Elder abuse: Critical care nurse role in detection. *Critical Care Nurse Quarterly*. 2000;23(2):20-25.

Apoio à Proteção contra ABUSO: religioso (6408)

Definição: Identificação de alto risco de controle nas relações religiosas e ações para prevenir sofrimento físico, sexual ou emocional.

Atividades:

Identificar indivíduos dependentes de „líder” religioso devido a atuação religiosa alterada ou prejudicada, prejuízo mental ou emocional, depressão, abuso de substância, falta de recursos sociais, ou questões financeiras.

Identificar padrões de comportamento, pensamento e sentimentos em que uma pessoa vivencia „supercontrole” da sua atividade religiosa por outro indivíduo.

Identificar histórico religioso/familiar em busca de abuso religioso e/ou ritual, métodos de solução de problemas e enfrentamento, estabilidade emocional, grau de técnicas persuasivas e manipulativas usadas e vício religioso.

Determinar se o indivíduo evidencia sinais de abuso físico e emocional, exploração, ou vício religioso.

Monitorar as interações entre o indivíduo e o „líder”, observando nível de obediência exigida, tolerância às diferenças, técnicas persuasivas e manipulativas empregadas, métodos e conteúdo apropriados do ponto de vista de maturidade e sentimento do princípio de „amor”/vida/divindade.

Determinar se o indivíduo possui uma rede religiosa funcional para auxiliar a satisfazer suas necessidades de pertinência, cuidados e transcendência de modo saudável.

Disponibilizar cerimônias de oração e cura para a pessoa e a familiares/grupo de fiéis.

Auxiliar a identificar recursos que ofereçam a „segurança” religiosa e o apoio do indivíduo e do grupo.

Oferecer apoio interpessoal com regularidade, conforme a necessidade.

Encaminhar para aconselhamento religioso adequado.

Encaminhar para especialista diante de suspeita de abuso de ritual satânico e/ou oculto.

Relatar suspeita de abuso às autoridades religiosas legais competentes.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Linn M., Linn S.F., Linn D. Healing spiritual abuse and religious addiction. New York: Paulist Press, 1994.

Linn M., Linn D., Fabricant S. Healing the greatest hurt. New York: Paulist Press, 1985.

McAll K. Healing the family tree. London: Sheldon Press, 1982.

MacNutt F. Deliverance from evil spirits: A practical manual. Grand Rapids, MI: Baker Book House Company, 1995.

Técnica para ACALMAR (5880)

Definição: Redução da ansiedade em paciente com sofrimento agudo.

Atividades:

Segurar ao colo e confortar o bebê ou a criança.

Embalar o bebê, conforme apropriado.

Conversar com voz suave, ou cantar, para o bebê ou a criança.

Oferecer a chupeta ao bebê, conforme apropriado.

Manter contato visual com o paciente.

Proporcionar momento de pausa no quarto, conforme apropriado.

Manter atitudes calmas e firmes.

Sentar e conversar com o paciente.

Incorajar respiração profunda lenta e intencional.

Facilitar a manifestação da raiva, de forma construtiva, pelo paciente.

Massagear a frente do paciente, conforme apropriado.

Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade.

Identificar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente.

Tranquilizar o paciente sobre segurança ou proteção pessoal.

Permanecer com o paciente.

Usar atividades lúdicas, conforme apropriado.

Oferecer líquidos ou leite quente.

Oferecer massagem nas costas, conforme apropriado.

Oferecer banho de banheira ou ducha quente.

Providenciar medicamentos ansiolíticos, conforme necessário.

Orientar o paciente sobre métodos para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre técnicas a serem usadas para acalmar um bebê que chora (p. ex., conversar com o bebê, colocação das mãos no abdome, contenção dos braços, pegar no colo, segurar e embalar).

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Beck C.K., Rawlins R.P., Williams S.R. Mental health-psychiatric nursing. St. Louis, MO: Mosby, 1988.

Brazelton T.B. Neonatal behavioral assessments scale, 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1984.

Kneisl C.R., Wilson H.S., Trigoboff E. Contemporary psychiatric-mental health nursing. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Luckmann J., Sorensen K.C. Medical-surgical nursing, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.

Manutenção de Dispositivos para ACESSO VENOSO (DAV) (2440)

Definição: Controle de paciente com acesso venoso prolongado via cateter tunelizado e não tunelizado (percutâneo) e por cateteres implantados.

Atividades:

Determinar o tipo de dispositivo de acesso venoso instalado.

Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso.

Manter precauções universais.

Verificar a prescrição para efusão de substâncias, se necessário.

Determinar a velocidade de gotejamento, a capacidade do reservatório e a localização das bombas utilizadas.

Determinar se o dispositivo de acesso venoso deve ser utilizado para coleta de sangue.

Trocar cateter, curativos e protetores conforme o protocolo da instituição.

Manter curativo oclusivo.

Monitorar o aparecimento de sinais de oclusão do cateter.

Usar agentes fibrinolíticos para desobstruir o dispositivo de acesso venoso ocluído, conforme apropriado e conforme o protocolo da instituição.

Manter a permeabilidade com solução salina, conforme indicado.

Manter um registro preciso das substâncias infundidas.

Monitorar o estado hídrico, conforme apropriado.

Monitorar aparecimento de sinais e sintomas associados a infecção local e sistêmica (p. ex., hiperemia, edema, sensibilidade, febre, mal-estar).

Determinar a compreensão do paciente e/família a respeito do propósito, dos cuidados e da manutenção do dispositivo de acesso venoso.

Orientar o paciente e/ou família sobre a manutenção do dispositivo de acesso venoso.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Dool J. Central venous access devices — issues for staff education and clinical competence. *Nursing Clinics of North America*. 1993;28(4):973-984.

Evans Orr M. Issues in the management of percutaneous central venous catheters. *Nursing Clinics of North America*. 1993;28(4):911-919.

Controle ÁCIDO-BÁSICO (1910)

Definição: Promoção do equilíbrio ácido-básico e prevenção de complicações resultantes de desequilíbrio ácido-básico.

Atividades:

Manter permeável acesso IV.

Manter via aérea desobstruída.

Monitorar gasometria arterial e níveis eletrolíticos séricos e urinários, conforme apropriado.

Monitorar condição hemodinâmica, incluindo níveis de PVC, PAM, pressão arterial pulmonar e pressão capilar pulmonar em cunha, se possível.

Monitorar a ocorrência de perda de ácido (p. ex., vômito, eliminação nasogástrica, diarreia e diurese) conforme adequado.

Monitorar a ocorrência de perda de bicarbonato (p. ex., drenagem de fístula e diarreia), conforme adequado.

Posicionar de modo a facilitar ventilação adequada (p. ex., via aérea aberta e cabeceira da cama elevada).

Monitorar sintomas de insuficiência respiratória (p. ex., nível baixo de PaO₂ e altos de PaCO₂, além de fadiga muscular respiratória).

Monitorar o padrão respiratório.

Monitorar determinantes de distribuição de oxigênio tissular (p. ex., PaO₂, SaO₂ e níveis de hemoglobina e débito cardíaco), se possível.

Oferecer oxigenoterapia, se necessário.

Oferecer suporte ventilatório mecânico, se necessário.

Monitorar determinantes de consumo de oxigênio (p. ex., níveis de saturação de oxigênio venoso e diferença de oxigênio arteriovenoso), se possível.

Obter amostra solicitada para análise laboratorial de equilíbrio ácido-básico (p. ex., sangue para gasometria arterial, urina para níveis séricos) conforme apropriado.

Monitorar a piora no desequilíbrio eletrolítico com correção do desequilíbrio ácido-básico.

Reduzir o consumo de oxigênio (p. ex., promover conforto, controlar a febre e reduzir ansiedade) conforme apropriado.

Monitorar a condição neurológica (p. ex., nível de consciência e confusão).

Administrar medicamentos alcalinos prescritos (p. ex., bicarbonato de sódio) conforme apropriado, com base nos resultados da gasometria arterial.

Oferecer higiene oral frequente.

Orientar paciente e/ou familiares sobre ações instituídas para tratar o desequilíbrio ácido-básico.

Promover orientação.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Critical-Care Nurses. Core curriculum for critical care nursing, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.
- Baer C.L. Acid-base balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for criticalcare nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:209-216.
- Kraut J.A., Madeas N.E. Approach to patients with acid-base disorders. *Respiratory Care*. 2001;46(4):392-402.
- Porth C.M. Essentials of pathophysiology, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Shapiro B., Peruzzi W.T., Kozelowski-Templin R. Clinical application of blood gases, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1994.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.
- Fasota F.J., Wesmiller S.W. Keeping blood pH in equilibrium. *Nursing*. 1998;28(12):35-40.

Controle ÁCIDO-BÁSICO: acidose metabólica (1911)

Definição: Promoção do equilíbrio ácido-básico e prevenção de complicações resultantes de níveis de HCO_3 séricos mais baixos do que o desejado.

Atividades:

Obter a amostra solicitada para análise laboratorial de equilíbrio ácido-básico (p. ex., gasometria arterial, urina e níveis séricos) conforme apropriado.

Monitorar níveis de gasometria arterial em busca de redução do nível do pH, conforme apropriado.

Manter acesso IV permeável.

Monitorar ingestão e eliminação.

Posicionar o paciente para facilitar a ventilação.

Monitorar determinantes de fornecimento de oxigênio aos tecidos (p. ex., níveis de PaO_2 , SaO_2 , hemoglobina e débito cardíaco), se possível.

Monitorar desequilíbrios eletrolíticos associados à acidose metabólica (p. ex., hiponatremia, hipercalemia ou hipocalemia, hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnessemia), conforme apropriado.

Reduzir o consumo de oxigênio (p. ex., promover conforto, controlar febre e reduzir ansiedade), conforme apropriado.

Monitorar a perda de bicarbonato pelo trato gastrointestinal (p. ex., diarreia, fístula pancreática, fístula no intestino delgado e conduto ileal), conforme apropriado.

Monitorar a redução de bicarbonato devido ao excesso de ácidos não voláteis (p. ex., insuficiência renal, cetoacidose diabética, hipóxia tissular e inanição), conforme apropriado.

Administrar os medicamentos alcalinos prescritos (p. ex., bicarbonato de sódio) com base nos resultados da gasometria arterial, conforme apropriado.

Evitar a administração de medicamentos que causem redução do nível de HCO_3 (p. ex., soluções com cloreto e resinas de troca de ânions) conforme apropriado.

Prevenir complicações decorrentes de administração excessiva de HCO_3 (p. ex., alcalose metabólica, hipernatremia, sobrecarga de volume, distribuição diminuída de oxigênio, menor contratibilidade cardíaca e produção aumentada de ácido láctico).

Administrar líquidos conforme prescrição.

Administrar insulina e hidratação com líquidos (isotônicos e hipotônicos) para cetoacidose diabética ocasionando acidose metabólica, conforme apropriado.

Preparar paciente para diálise (p. ex., realizar colocação de cateter para diálise), conforme apropriado.

Auxiliar na diálise (p. ex., hemodiálise ou diálise peritoneal) conforme apropriado.

Instituir precauções contra convulsões.

Oferecer higiene oral frequente.

Manter repouso no leito conforme indicado.

Monitorar manifestações do sistema nervoso central (SNC) quanto à acidose metabólica (p. ex., dor de cabeça, tontura, atividade mental diminuída, convulsões e coma), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiopulmonares de acidose metabólica (p. ex., hipotensão, hipóxia, arritmias e respiração Kussmaul-Kien), conforme apropriado.

Monitorar manifestações gastrointestinais de acidose metabólica (p. ex., anorexia, náusea e vômito), conforme apropriado.

Oferecer medidas de conforto para tratar dos efeitos gastrointestinais da acidose metabólica.

Encorajar dieta com baixo teor de carboidrato para reduzir a produção de CO_2 (p. ex., administração de hiperalimentação e nutrição parenteral total), conforme apropriado.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre ações instituídas para tratamento da acidose metabólica.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Baer C.L. Acid-base balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for criticalcare nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:209-216.

Porth C.M. *Essentials of pathophysiology*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Shapiro B., Peruzzi W.T., Kozelowski-Templin R. *Clinical application of blood gases*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1994.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Speakman E. Fluid, electrolyte, and acid-base balances. In: Potter P.A., Perry A, editors. *Fundamental of nursing*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2000:1193-1250.

Fasota F.J., Wesmiller S.W. Keeping blood pH in equilibrium. *Nursing*. 1998;28(12):35-40.

Controle ÁCIDO-BÁSICO: alcalose metabólica (1912)

Definição: Promoção do equilíbrio ácido-básico e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de HCO_3 superiores ao desejado.

Atividades:

Obter amostra prescrita para análise laboratorial de equilíbrio ácido-básico (p. ex., gasometria arterial, urina e níveis séricos) conforme apropriado.

Monitorar os níveis da gasometria arterial quanto ao aumento do nível do pH.

Manter acesso IV permeável conforme apropriado.

Monitorar ingestão e eliminação.

Monitorar determinantes da distribuição de oxigênio aos tecidos (p. ex., PaO₂, SaO₂ e níveis da hemoglobina e débito cardíaco), se disponíveis.

Evitar a administração de substâncias alcalinas (p. ex., bicarbonato de sódio e antiácidos VO ou por SNG), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à alcalose metabólica (p. ex., hipocalcemia, hipercalemia e hipocloremia) conforme apropriado.

Monitorar estadas associados ao excesso de bicarbonato (p. ex., hiperaldosteronismo, excesso de glicocorticoide e abuso de alcaçuz), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de perda de ácido pelos rins (p. ex., terapia diurética) conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de perda gastrointestinais de ácido (p. ex., vômito, aspiração SNG e diarreia com elevado conteúdo de cloreto) conforme apropriado.

Administrar ácido diluído (hidrocloro isotônico) ou mono-hidrocloro arginino, conforme apropriado.

Administrar antagonista do receptor H₂ (p. ex., ranitidina e cimetidina) para bloquear secreção de hidrocloro do estômago, conforme apropriado.

Administrar diuréticos inibidores da anidrase carbônica (p. ex., acetazolamida e metazolamida) para aumentar a excreção de bicarbonato, conforme apropriado.

Administrar cloreto para repor ânions deficientes (p. ex., cloreto de amônia ou hidrocloro arginina, solução salina normal), conforme apropriado.

Administrar cloreto de potássio IV conforme prescrito até corrigir a hipocalcemia subjacente.

Administrar diuréticos poupadores de potássio (p. ex., espironolactona e triamtereno), conforme apropriado.

Administrar antieméticos para reduzir a perda de HCl em êmese, conforme apropriado.

Repor déficit de líquido extracelular com solução salina IV, conforme apropriado.

Irrigar sonda nasogástrica com solução salina isotônica para evitar a redução de eletrólitos, conforme apropriado.

Monitorar paciente que recebe digitálico para toxicidade resultante de hipocalcemia associada à alcalose metabólica, conforme apropriado.

Monitorar manifestações neurológicas e/ou neuromusculares de alcalose metabólica (p. ex., convulsões, confusão, coma, tétano e reflexos hiperativos).

Auxiliar nas atividades da vida diária, conforme apropriado.

Monitorar manifestações pulmonares da alcalose metabólica (p. ex., broncospasmo e hipoventilação).

Monitorar manifestações cardíacas de alcalose metabólica (p. ex., arritmias, redução da contratilidade e débito cardíaco diminuído).

Monitorar manifestações gastrointestinais de alcalose metabólica (p. ex., náusea, vômito e diarreia).

Orientar paciente e/ou família sobre ações instituídas para tratamento da alcalose metabólica.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Baer C.L. Acid-base balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:209-216.

Khanna A., Kurtzman N.A. Metabolic alkalosis. *Respiratory Care*. 2001;46(4):354-365.

Porth C.M. *Essentials of pathophysiology*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Shapiro B., Peruzzi W.T., Kozelowski-Templin R. *Clinical application of blood gases*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1994.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Speakman E. Fluid, electrolyte, and acid-base balances. In: Potter P.A., Perry A, editors. *Fundamental of nursing*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2000:1193-1250.

Controle ÁCIDO-BÁSICO: alcalose respiratória (1914)

Definição: Promoção do equilíbrio ácido-básico e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de $p\text{CO}_2$ mais baixos do que o desejado.

Atividades:

Obter a amostra solicitada para análise laboratorial de equilíbrio ácido-básico (p. ex., gasometria arterial, urina e níveis séricos), conforme apropriado.

Monitorar níveis de gasometria arterial quanto a nível aumentado do pH.

Manter desobstruído acesso IV.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Manter as vias aéreas desobstruídas.

Monitorar a ocorrência de hiperventilação que resulta em alcalose respiratória (p. ex., hipoxemia, lesão do sistema nervoso central, estados hipermetabólicos, distensão gastrointestinal, dor e estresse).

Monitorar o padrão respiratório.

Monitorar indícios de insuficiência respiratória iminente (p. ex., nível baixo de PaO_2 , fadiga da musculatura respiratória, baixo nível de $\text{SaO}_2/\text{SvO}_2$).

Monitorar hipofosfatemia associada a alcalose respiratória, conforme apropriado.

Monitorar manifestações neurológicas e/ou neuromusculares de alcalose respiratória (p. ex., parestesias, tétano e convulsões), conforme apropriado.

Monitorar manifestações cardiopulmonares de alcalose respiratória (p. ex., arritmias, débito cardíaco diminuído e hiperventilação).

Providenciar oxigenoterapia, se necessário.

Providenciar suporte ventilatório mecânico conforme apropriado.

Reduzir o consumo de oxigênio para minimizar hiperventilação (p. ex., promover conforto, controlar a febre e reduzir a ansiedade), conforme apropriado.

Promover períodos de repouso adequados (p. ex., 90 minutos de sono tranquilo, organizar o cuidado de enfermagem, limitar visitas e coordenar as consultas), conforme apropriado.

Administrar sedativos, alívio para a dor, agentes bloqueadores neuromusculares (somente se o paciente estiver em ventilação mecânica), conforme apropriado.

Promover redução do estresse.

Monitorar os parâmetros do ventilador mecânico quanto a ventilação-minuto elevada (p. ex., frequência, modo e volume corrente), conforme apropriado.

Oferecer higiene oral frequente.

Promover a orientação.

Orientar o paciente e/ou família sobre ações implementadas para tratar a alcalose respiratória.

Combinar com as visitas do paciente horários limitados de visita para permitir repouso adequado, a fim de reduzir o comprometimento respiratório, quando indicado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Baer C.L. Acid-base balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for criticalcare nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:209-216.

Foster G.T., Vaziri N.D., Sassoon C.S.H. Respiratory alkalosis. *Respiratory Care*. 2001;46(4):384-391.

Shapiro B., Peruzzi W.T., Kozelowski-Templin R. *Clinical application of blood gases*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1994.

Controle ÁCIDO-BÁSICO: acidose respiratória (1913)

Definição: Promoção do equilíbrio ácido-básico e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de pCO_2 superiores aos desejados.

Atividades:

Obter amostra solicitada para análise laboratorial de equilíbrio ácido-básico (p. ex., gasometria arterial, urina e níveis séricos), conforme apropriado.

Monitorar níveis da gasometria arterial quanto à diminuição do pH, conforme apropriado.

Monitorar indícios de acidose respiratória crônica (p. ex., tórax em barril, baqueteamento digital, respiração com lábios contraídos e uso de músculos acessórios), conforme apropriado.

Monitorar determinantes de distribuição de oxigênio aos tecidos (p. ex., PaO_2 , SaO_2 e níveis da hemoglobina, e débito cardíaco), se possível.

Monitorar sintomas de insuficiência respiratória (p. ex., níveis baixos de PaO_2 e altos de $PaCO_2$ e fadiga muscular respiratória).

Posicionar o paciente para uma combinação ventilação-perfusão adequada (p. ex., pulmão sadio para baixo, pronação, semi-Fowler), conforme apropriado.

Manter via aérea desobstruída (p. ex., aspiração, inserção ou manutenção de via aérea artificial, fisioterapia respiratória e respiração com tosse profunda), conforme apropriado.

Monitorar o padrão respiratório.

Monitorar a atividade respiratória (p. ex., frequência respiratória, frequência cardíaca, uso de músculos acessórios, diaforese).

Oferecer suporte ventilatório mecânico, se necessário.

Oferecer dieta com baixo teor de carboidratos e alto teor de gorduras (p. ex., alimentações Pulmocare®) para reduzir a produção de CO₂, se indicado.

Promover higiene oral frequente.

Monitorar o funcionamento e a distensão gastrointestinal para evitar a redução do movimento diafragmático reduzido, conforme apropriado.

Promover períodos adequados de repouso (p. ex., 90 minutos de sono tranquilo, organizar atendimentos de enfermagem, limitar visitas e coordenar consultas), conforme apropriado.

Monitorar o estado neurológico (p. ex., nível de consciência e confusão).

Orientar paciente e/ou família sobre ações instituídas para tratamento da acidose respiratória.

Combinar com as visitas do paciente um horário limitado de visita para possibilitar períodos de repouso adequado de modo a reduzir o comprometimento respiratório, se indicado.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Core curriculum for critical care nursing, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.

Baer C.L. Acid-base balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for criticalcare nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:209-216.

Porth C.M. Essentials of pathophysiology, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Shapiro B., Peruzzi W.T., Kozelowski-Templin R. Clinical application of blood gases, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1994.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Monitoração ÁCIDO-BÁSICO (1920)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para regular o equilíbrio ácido-básico.

Atividades:

Obter sangue para determinar níveis da gasometria arterial, assegurando uma circulação adequada à extremidade antes e após a coleta do sangue.

Armazenar as amostras de sangue para determinar a gasometria arterial sob refrigeração, conforme apropriado, e enviar ao laboratório, conforme apropriado.

Medir a temperatura do paciente e o percentual de oxigênio administrado a ele, no momento da coleta do sangue para gasometria arterial.

Observar se o nível do pH arterial está alcalino ou ácido à média (7,4).

Observar se o nível da PaCO₂ revela acidose respiratória, alcalose respiratória ou normalidade.

Observar se o nível de HCO₂ revela acidose metabólica, alcalose respiratória ou normalidade.

Examinar o nível do pH juntamente com os níveis de PaCO₂ e HCO₂ para determinar se a acidose/alcalose está compensada ou descompensada.

Observar os níveis de PaO₂, SaO₂ e hemoglobina para determinar a adequação da oxigenação arterial.

Monitorar nível de CO₂ expirado, conforme apropriado.

Monitorar aumento na lacuna de ânions (> 14 mEq/L) que sinalize aumento na produção ou diminuição na excreção de derivados ácidos.

Monitorar sinais e sintomas de déficit de HCO₃ e acidose metabólica; respirações Kussmaul-Kien, fraqueza, desorientação, dor de cabeça, anorexia, coma, nível do pH urinário < 6, nível HCO₃ do plasma < 22 mEq/L, nível do pH do plasma < 7,35, excesso de base < -2 mEq/L, hipercalemia associada e possível déficit de CO₂.

Monitorar causas de possível déficit de HCO₃, como diarreia, insuficiência renal, hipóxia tissular, acidose láctica, cetoacidose diabética, desnutrição e *overdose* de salicilato.

Administrar agentes HCO₃ por via oral ou parenteral, conforme apropriado.

Administrar insulina e potássio prescritos para tratamento da cetoacidose diabética, conforme apropriado.

Monitorar sinais e sintomas de excesso de HCO₃ e alcalose metabólica; entorpecimento e formigamento das extremidades; hipertonicidade muscular, respirações curtas e pausadas, bradicardia, tétano, nível do pH urinário > 7, nível de HCO₃ > 26 mEq, nível do pH do plasma > 7,45, BE > 2 mEq/L, hipocalemia associada e possível retenção de CO₂.

Monitorar possíveis causas de excesso de HCO₃, como vômito, aspiração gástrica, hiperaldosteronismo, terapia diurética, hipocloremia e ingestão excessiva de medicamentos com HCO₃.

Ensinar o paciente a evitar o uso excessivo de medicamentos com HCO₃, conforme apropriado.

Administrar agentes farmacológicos para repor cloreto, conforme apropriado.

Monitorar sinais e sintomas de déficit de ácido carbônico e alcalose respiratória: suspiros e bocejos frequentes, tétano, parestesia, contrações musculares, palpitações, formigamento e entorpecimento, tontura, visão embaçada, diaforese, boca seca, convulsões, nível de pH > 7,45, PaCO₂ < 35 mm Hg, hiperclorêmia associada e possível déficit de HCO₃.

Monitorar possíveis causas de déficit de ácido carbônico e hiperventilação associada, como dor, lesões no sistema nervoso central, febre e ventilação mecânica.

Sedar o paciente para reduzir hiperventilação conforme apropriado.

Administrar medicamento para dor, conforme apropriado.

Tratar a febre conforme apropriado.

Administrar soluções parenterais de cloreto para reduzir HCO₃, enquanto corrige a causa da alcalose respiratória,

conforme apropriado.

Monitorar sinais e sintomas de excesso de ácido carbônico e acidose respiratória: tremor nas mãos, com extensão para os braços, confusão, tontura que evolui para coma, dor de cabeça, resposta verbal lenta, náusea, vômito, taquicardia, extremidades quentes e com sudorese, nível do pH <7,35, nível PaCO₂>45 mm Hg, hipocloremia associada a possível excesso de HCO₃.

Monitorar a ocorrência de possíveis causas de excesso de ácido carbônico e acidose respiratória, como obstrução de vias aéreas, depressão ventilatória, depressão do sistema nervoso central, doença neurológica, doença pulmonar crônica, doença musculoesquelética, trauma torácico, infecção, SARA, insuficiência cardíaca e uso de drogas depressoras do sistema respiratório.

Manter ventilação e desobstrução das vias aéreas na presença de acidose respiratória e aumento do nível de PaCO₂, conforme apropriado.

Administrar oxigenoterapia conforme apropriado.

Administrar agentes antimicrobianos e broncodilatadores, conforme apropriado.

Administrar oxigênio em baixo fluxo e monitorar ocorrência de narcose por CO₂, em casos de hipercapnia crônica.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Coombs M. Making sense of arterial blood gases. *Nursing Times*. 2001;97(27):36-38.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Paulson W.D. Common causes of acid-base disorders. *The Journal of Critical Illness*. 1999;14(2):110-111.

Thelan L.A., Urden L.D. *Critical care nursing: Diagnosis and management*, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Registro de AÇÕES (4740)

Definição: Promoção da escrita como forma de oportunizar a reflexão e a análise de eventos, experiências, ideias e sentimentos anteriores.

Atividades:

Discutir as experiências com intervenções similares e a receptividade a elas.

Estabelecer a finalidade e as metas.

Explicar as várias abordagens ao registro das ações e decidir acerca de uma técnica para sua utilização (p. ex., escrita livre, escrita por tópicos ou escrita intensiva).

Determinar o prazo para concluir a tarefa.

Encorajar a escrita sem interrupção, no mínimo três vezes na semana, durante 20 minutos.

Garantir a excelência do ambiente para a realização da tarefa (p. ex., cliente em posição confortável, local bem-iluminado, cliente usando óculos).

Minimizar a distração emocional, visual, auditiva, olfativa e visceral.

Manter a privacidade e garantir o sigilo.

Permitir que a pessoa escolha o meio e o método (p. ex., caneta, lápis, marcador, diário, computador, gravação de fita cassete etc.).

Reunir os materiais necessários.

Orientar a pessoa para datar os registros no diário para referência e reflexão futuras.

Encorajar a escrita na ordem de ocorrência das coisas, sem restrição de tópico.

Encorajar a descrição e o relato de eventos, em termos de histórias, imagens e ideias e sentimentos associados.

Descrever as experiências em termos dos cinco sentidos, se for o caso.

Promover a expressão dos pensamentos e sentimentos mais profundos.

Orientar no sentido de não dar atenção à pontuação, ortografia, estrutura frasal e/ou gramática.

Determinar a capacidade de continuar a intervenção de modo independente no futuro.

Revisar os registros do diário de tempos em tempos.

Monitorar o alcance das metas fixadas.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Butcher H.K. Written expression and the potential to enhance knowing participation in change. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2004;12:37-50.

DeSalvo L. Writing as a way of healing: How telling our stories transforms our lives. Boston: Beacon Press, 2000.

Lepore S.J., Smyth J.M. The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.

Pennebaker J.W. Opening up; The healing power of expressing emotions. New York: Guilford, 1997.

Pennebaker J.W. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*. 1997;8(3):162-166.

Rew L. Self-reflection: Consulting the truth within. In: Dossey B.M., Keegan L., Guzzetta C.E., editors. *Holistic nursing: A handbook for practice*. 4th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2005:429-447.

Stone M. Journaling with clients. *The Journal of Individual Psychology*. 1998;54:535-545.

Snyder M. Journaling. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/alternative therapies in nursing*. 5th ed. New York: Springer; 2006:165-173.

ACOMPANHAMENTO por Telefone (8190)

Definição: Oferecimento de resultados de exames e avaliação da reação do paciente, além de determinação do potencial de problemas, em consequência de tratamento, exames ou testes anteriores, usando o telefone.

Atividades:

Determinar que você está, realmente, falando com o paciente, ou, se for outra pessoa, que você tem permissão do paciente para dar a ela as informações.

Identificar-se com nome e credenciais, empresa; avisar a pessoa do outro lado que a conversa está sendo gravada (p. ex., monitoramento da qualidade).

Informar o paciente sobre o processo de uso do telefone e conseguir consentimento.

Avisar o paciente sobre os resultados dos exames, conforme indicado (resultados positivos com implicações importantes para a saúde, como resultados de biopsia, não devem ser dados por telefone pelos enfermeiros).

Usar serviços intermediários, como os de segurança da linguagem, TTY/TDD (telefone com texto para pessoas com deficiência auditiva e de fala), ou tecnologias novas de telecomunicação, como redes de computador ou possibilidade de imagem, conforme apropriado.

Ajudar a renovar prescrições, conforme diretrizes estabelecidas.

Fazer perguntas e responder a perguntas.

Informar sobre recursos na comunidade, programas educativos, grupos de apoio e de autoajuda, quando indicado.

Estabelecer data e hora para consulta de cuidados de acompanhamento ou para encaminhamentos.

Informar sobre o regime de tratamento e as responsabilidades resultantes de autocuidado, quando necessário, e conforme o alcance da prática e das diretrizes estabelecidas.

Manter o sigilo.

Não deixar mensagens de acompanhamento na secretária eletrônica ou *voicemail* para garantir o sigilo.

Documentar todos os levantamentos, conselhos, instruções ou outras informações dadas ao paciente, conforme as diretrizes específicas.

Determinar como o paciente ou familiares podem ser contatados para telefonema de retorno, conforme apropriado.

Documentar a permissão para dar telefonema de retorno e identificar as pessoas que podem receber a chamada telefônica.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Ambulatory Care Nursing & American Nurses Association. Nursing in ambulatory care: The future is here. Washington, DC: Author, 1997.

American Academy of Ambulatory Nursing. Telephone nursing practice administration and practice standards. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1997.

Anderson K., Oiu Y., Whittaker A.R., Lucas M. Breath sounds, asthma, and the mobile phone. *Lancet*. 2001;358:1343-1344.

Hagan L., Morin D., Lepine R. Evaluation of telenursing outcomes: Satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursing*. 2000;17(4):305-313.

Larson-Dahn M.L. Tel-eNurse practice: Quality of care and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 2001;31(3):145-152.

Pidd H., McGrory K.J., Payne S.R. Telephone follow-up after urological surgery. *Professional Nurse*. 2000;15(7):449-451.

Weaver L.A., Doran K.A. Telephone follow-up after cardiac surgery. *American Journal of Nursing*. 101(5), 2001. 2400, 24QQ, 24SS-24UU

ACONSELHAMENTO (5240)

Definição: Uso de um processo interativo de ajuda, com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do paciente e pessoas importantes para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a solução de problemas e as relações interpessoais.

Atividades:

Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito.

Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade.

Estabelecer a duração da relação de aconselhamento.

Estabelecer metas.

Oferecer privacidade e garantir o sigilo.

Oferecer informações apropriadas e sempre que necessárias.

Oferecer informações concretas apropriadas e sempre que necessárias.

Estimular a expressão dos sentimentos.

Auxiliar o paciente a identificar o problema ou situação que está causando sofrimento.

Usar as técnicas de reflexão e do esclarecimento para facilitar a expressão das preocupações.

Solicitar ao paciente/pessoas importantes que identifiquem o que conseguem/não conseguem fazer diante dos acontecimentos.

Auxiliar o paciente a listar e priorizar todas as alternativas possíveis a um problema.

Identificar todas as diferenças entre a visão do paciente acerca da situação e a da equipe de cuidados de saúde.

Determinar como o comportamento da família afeta o paciente.

Verbalizar a discrepância entre os sentimentos e os comportamentos do paciente.

Usar instrumentos investigativos (p. ex., avaliações com papel e lápis, material de áudio e vídeo, exercícios interativos com outras pessoas) para ajudar a aumentar a autopercepção do paciente e os conhecimentos do conselheiro sobre a situação, conforme apropriado.

Revelar aspectos selecionados das próprias experiências de outra pessoa ou de sua personalidade para reforçar a autenticidade e a confiança, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a identificar pontos positivos e a reforçá-los.

Encorajar o desenvolvimento de habilidades, conforme apropriado.

Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por outros mais desejáveis.

Reforçar novas habilidades.

Desencorajar a tomada de decisão, quando o paciente estiver muito estressado, quando possível.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Banks L.J. Counseling. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essentials nursing treatments*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:279-291.

Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1991.

ACUPRESSÃO (1320)

Definição: Aplicação de pressão firme e contínua em pontos especiais do corpo para reduzir a dor, produzir relaxamento e prevenir ou reduzir a náusea.

Atividades:

Identificar a ocorrência de contraindicações como contusões, tecido cicatricial, infecção, condições cardíacas graves (também contraindicada para crianças pequenas).

Decidir sobre a aplicabilidade da acupressão para o tratamento de determinado indivíduo.

Determinar com o indivíduo o grau de conforto psicológico do toque.

Determinar os resultados desejados.

Consultar texto sobre acupressão para esclarecer e combinar a etiologia, o local e a sintomatologia com pontos de pressão após treinamento avançado em técnicas de acupressão.

Determinar os acupontos a serem estimulados, dependendo do resultado desejado.

Explicar ao indivíduo que você irá procurar área(s) sensível(is).

Encorajar o indivíduo a relaxar durante a estimulação.

Palpar profundamente com os dedos ou protuberâncias da porção superior da mão em busca de local sensível à pressão no local da acupressão.

Observar indicadores verbais ou posturais para identificar o ponto ou o local desejado (da mesma forma que um encolhimento, „dor repentina”).

Estimular o ponto de pressão, comprimindo-o com o dedo ou com o nó do dorso da mão e usando o peso do próprio corpo para inclinar-se sobre o ponto em que é aplicada pressão.

Usar a pressão dos dedos ou dos pulsos para aplicar pressão em ponto de acupressão selecionado para tratamento da náusea.

Aplicar pressão firme sobre tecido muscular hipertônico até ocorrer sensação de relaxamento ou relato de diminuição da dor, normalmente, de 15 a 20 segundos.

Repetir o procedimento sobre o mesmo ponto do lado oposto do corpo.

Tratar os pontos contralaterais primeiro quando há muita sensibilidade em algum deles.

Aplicar pressão firme até a náusea desaparecer, ou manter pulseiras indefinidamente durante náusea real ou antecipada.

Observar o relaxamento e a verbalização de redução de desconforto ou náusea.

Usar aplicações diárias de acupressão durante a primeira semana de tratamento da dor.

Recomendar o uso de técnicas de relaxamento progressivo e/ou exercícios de alongamento entre os tratamentos.

Ensinar familiares/pessoas importantes a oferecerem tratamentos acupressores.

Documentar a ação e a reação do indivíduo à acupressão.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Dibble S.L., Chapman J., Mack K.A., Shih A. Acupressure for nausea: Results of a pilot study. *Oncology Nursing Forum*. 2000;27(1):41-47.

Lorenzi E.A. Complementary/alternative therapies so many choices. *Geriatric Nursing*. 1999;20(3):125-133.

Mann E. Using acupuncture and acupressure to treat postoperative emesis. *Professional Nurse*. 1999;14(10):691-694.

Windle P.E., Borromeo A., Robles H., Ilacio-Uy V. The effects of acupressure on the incidence of postoperative nausea and vomiting in postsurgical patients.

Journal of Perioperative Nursing. 2001;16(3):158-162.

Cuidados na ADMISSÃO (7310)

Definição: Facilitar a admissão de um paciente na instituição de prestação de cuidados de saúde.

Atividades:

Apresentar-se e informar seu papel na prestação dos cuidados.

Orientar o paciente/família/pessoas importantes quanto às expectativas dos cuidados.

Oferecer a privacidade apropriada ao paciente/família/pessoas importantes.

Orientar o paciente/família/pessoas importantes em relação às instalações da instituição.

Orientar o paciente/família/pessoas importantes sobre os recursos da instituição.

Obter histórico da admissão hospitalar, inclusive doenças passadas, medicamentos e alergias.

Realizar o exame físico da admissão, conforme apropriado.

Realizar o levantamento de dados financeiros da admissão, conforme apropriado.

Realizar a investigação de dados psicossocial na admissão, conforme apropriado.

Realizar a investigação de dados religiosos na admissão, conforme apropriado.

Realizar a investigação de riscos na admissão (p. ex., risco de quedas, sinais/sintomas de tuberculose condições da pele).

Oferecer ao paciente a „Carta de Direitos do Paciente”.

Obter informações sobre orientações de atendimento antecipadas (*i.e.*, Testamento em Vida e Representante Legal do Paciente durante os cuidados de Saúde).

Documentar as informações pertinentes.

Manter a confidencialidade dos dados do paciente.

Identificar paciente com risco de readmissão.

Elaborar o plano de cuidados do paciente, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Iniciar o planejamento da alta hospitalar.

Implementar medidas de segurança, conforme apropriado.

Identificar o prontuário, a porta do quarto e/ou a cabeceira da cama do paciente, conforme apropriado.

Avisar o médico sobre a admissão e a condição do paciente.

Obter prescrição médica para o atendimento ao paciente.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Controle de ALERGIAS (6410)

Definição: Identificação, tratamento e prevenção de reações alérgicas a alimentos, medicamentos, picadas de insetos, material de contraste, sangue e outras substâncias.

Atividades:

Identificar alergias conhecidas (p. ex., medicamentos, alimentos, insetos, ambiente) e reações usuais.

Notificar os cuidadores e os provedores de atendimento de saúde sobre alergias conhecidas.

Documentar todas as alergias no prontuário clínico, conforme o protocolo.

Colocar pulseira identificadora de alergia no paciente, conforme apropriado.

Monitorar o paciente quanto a reações alérgicas a novos medicamentos, fórmulas, alimentos, látex e/ou tintura de testes.

Monitorar o paciente após exposições a agentes reconhecidamente causadores de reações alérgicas, na busca de sinais de rubor generalizado, angiodema, urticária, tosse paroxísmica, ansiedade grave, dispneia, espirros, ortopneia, vômito, cianose ou choque.

Manter o paciente sob observação por 30 minutos após administração de um agente reconhecidamente capaz de induzir uma reação alérgica.

Orientar o paciente com alergias medicamentosas a questionar todas as novas prescrições em relação ao potencial para reações alérgicas.

Encorajar o paciente a usar uma etiqueta de alerta para alergias, conforme apropriado.

Identificar, imediatamente, o nível de ameaça que uma reação alérgica significa à condição de saúde do paciente.

Monitorar recorrência de anafilaxia em 24 horas.

Oferecer medidas de suporte de vida durante choque anafilático ou reações graves.

Oferecer medicação para reduzir ou minimizar uma reação alérgica.

Auxiliar com teste para alergia, conforme apropriado.

Administrar injeções para alergia, conforme a necessidade.

Observar reações alérgicas durante as imunizações.

Orientar paciente/pais para evitarem substâncias alérgicas, conforme apropriado.

Orientar paciente/pais sobre a forma de tratar exantemas, vômito, diarreia ou problemas respiratórios associados a exposição de substância causadora de reação alérgica.

Orientar o paciente para evitar o uso de substâncias causadoras de reações alérgicas.

Discutir métodos de controle de alérgenos ambientais (p. ex., poeira, fungo e pólen).

Orientar o paciente e o(s) cuidador(es) sobre como evitar situações que os coloquem em risco e sobre como reagir se

ocorrer reação anafilática.

Instruir o paciente e o cuidador sobre o uso de caneta de epinefrina.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Hendry C., Farley A.H. Understanding allergies and their treatment. *Nursing Standard*. 2001;15(35):47-53.

Hoole A., Pickard C., Ouimette R., Lohr J., Greenberg R. Patient care guidelines for nurse practitioners, 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995.

Lemone P., Burke K. Medical surgical nursing: Critical thinking in client care. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1996.

Przcinski K.M. Update on common allergic diseases. *Pediatric Nursing*. 1993;19(4):410-415.

ALIMENTAÇÃO (1050)

Definição: Oferecimento de ingestão nutricional para paciente que não consegue se alimentar.

Atividades:

Identificar a dieta prescrita.

Arrumar a bandeja dos alimentos e a mesa de uma maneira atraente.

Criar um ambiente agradável durante as refeições (p. ex., colocar comadres, urinóis e equipamento de aspiração fora do alcance visual).

Oferecer alívio adequado à dor antes das refeições, conforme apropriado.

Providenciar higiene oral antes das refeições.

Identificar a presença do reflexo de deglutição, se necessário.

Sentar-se enquanto alimenta o paciente para transmitir prazer e relaxamento.

Dar oportunidade para que os alimentos sejam cheirados para estimular o apetite.

Perguntar ao paciente sobre preferências de alimentos a serem solicitados.

Preparar os alimentos conforme a preferência do paciente.

Manter o paciente em posição ereta, com a cabeça e o pescoço levemente flexionados para a frente, durante a alimentação.

Colocar os alimentos no lado não afetado da boca, conforme apropriado.

Colocar os alimentos diante dos olhos da pessoa se ela tiver alguma deficiência visual.

Optar por alimentos de cores diferentes para ajudar a distingui-los se houver déficit perceptivo.

Oferecer água após os alimentos, se desejado.

Proteger com babero, conforme apropriado.

Pedir ao paciente para indicar quando encerrou a refeição, conforme apropriado.

Registrar a ingestão, se for apropriado.

Evitar esconder fármacos na comida.

Evitar apresentar bebida ou morder alimentos enquanto o paciente estiver mastigando.

Providenciar canudinho para bebida, se necessário ou solicitado.

Oferecer alimentos para serem levados à boca com os dedos, conforme apropriado.

Oferecer alimentos à temperatura mais agradável.

Evitar distrair o paciente durante a deglutição.

Alimentar o paciente sem pressa/lentamente.

Manter a atenção no paciente durante a refeição.

Postergar a alimentação se o paciente estiver fatigado.

Verificar a boca em busca de resíduos ao final da refeição.

Lavar o rosto e as mãos após a refeição.

Estimular os pais/familiares a alimentarem o paciente.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Evans-Stoner N.J. Feeding. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:31-46.

Harkreader H.C. *Fundamentals of nursing: Caring and clinical judgment*. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004.

Pelletier C.A. What do certified nurse assistants actually know about dysphagia and feeding nursing home residents? *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2004;13:99-113.

Styker R. *Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1977.

ALIMENTAÇÃO por Mamadeira (1052)

Definição: Preparo e administração de líquidos para um bebê, por meio de mamadeira.

Atividades:

Determinar a condição do bebê antes de iniciar a alimentação.

Aquecer a fórmula a temperatura ambiente antes de alimentar.

Segurar o bebê durante a alimentação.

Posicionar o bebê na posição semi-Fowler para alimentar.

Fazer o bebê eructar com frequência durante e após a alimentação.

Colocar o bico da mamadeira sobre a língua.

Controlar a ingestão de líquidos, ajustando a maciez do bico, o tamanho do orifício e o tamanho da mamadeira.

Aumentar o estado de alerta do bebê, afrouxando suas roupas, esfregando suas mãos e pés, ou conversando com ele.

Encorajar a sucção estimulando o reflexo perioral, se apropriado.

Aumentar a eficiência da sucção comprimindo as bochechas junto com a sucção, se apropriado.

Oferecer apoio ao queixo para reduzir vazamento do líquido da mamadeira e melhorar o fechamento dos lábios.

Monitorar a ingestão de líquidos.

Monitorar/avaliar o reflexo de sucção durante a alimentação.

Monitorar o peso do bebê, conforme apropriado.

Ferver leite não pasteurizado.

Ferver a água usada no preparo da fórmula, quando indicado.

Orientar os pais ou cuidador sobre técnicas de esterilização do equipamento alimentar.

Orientar os pais ou cuidador sobre a diluição correta da fórmula concentrada.

Orientar os pais sobre a armazenagem correta da fórmula.

Determinar a origem da água utilizada para diluir a fórmula concentrada ou em pó.

Determinar o conteúdo de flúor da água usada para diluir a fórmula concentrada ou em pó e encaminhar para suplementação de flúor, quando indicado.

Alertar os pais ou cuidador sobre uso de forno de micro-ondas para aquecer a fórmula.

Orientar e demonstrar aos pais técnicas de higiene oral apropriadas à dentição do bebê para serem usadas após cada refeição.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

May K.A., Mahlmeister L.R. Maternal and neonatal nursing: Family-centered care, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994.

Olds S.B., London M.L., Ladewig P.A. Maternal-newborn nursing: A family centered approach, 4th ed. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1992.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ALIMENTAÇÃO por Sonda Enteral (1056)

Definição: Oferecimento de nutrientes e água através de uma sonda gastrointestinal.

Atividades:

Explicar o procedimento ao paciente.

Inserir sonda nasogástrica ou nasoentérica, conforme protocolo da instituição.

Aplicar substância de fixação à pele e prender a sonda alimentar com fita adesiva.

Verificar a colocação correta da sonda, examinando a cavidade oral, verificando presença de resíduos gástricos, ou escutando o momento em que o ar é injetado e retirado, conforme o protocolo da instituição.

Marcar a sonda no local de saída para manter a colocação certa.

Confirmar a colocação da sonda por raios X, de preferência, antes da administração das refeições ou dos medicamentos via sonda, conforme o protocolo da instituição.

Monitorar quanto à presença de ruídos intestinais a cada quatro a oito horas, conforme apropriado.

Monitorar a condição hídrica e eletrolítica.

Consultar outros membros da equipe de saúde para escolha do tipo e valor nutricional da alimentação enteral.

Elevar a cabeceira da cama entre 30 e 45 graus durante a alimentação.

Oferecer chupeta a bebê durante o ato alimentar, conforme apropriado.

Segurar o bebê e conversar com ele durante o ato alimentar para simular as atividades usuais de alimentação.

Interromper as alimentações entre 30 e 60 minutos antes de colocar em posição com a cabeça para baixo.

Fechar a alimentação via sonda uma hora antes de algum procedimento ou transporte se o paciente precisar ser posicionado com a cabeceira a menos de 30 graus.

Irigar a sonda a cada quatro a seis horas, conforme apropriado, durante alimentações contínuas e após cada alimentação intermitente.

Usar técnica limpa ao administrar alimentações via sonda.

Verificar o fluxo do gotejamento por gravidade ou o fluxo de bombeamento de hora em hora.

Desacelerar o gotejamento da alimentação via sonda e/ou reduzir a quantidade de substâncias para controle da diarreia.

Monitorar a ocorrência de sensação de plenitude, náusea e vômito.

Verificar resíduos a cada quatro a seis horas, durante as primeiras 24 horas; depois a cada oito horas, durante alimentações contínuas.

Verificar resíduos antes de cada alimentação intermitente.

Suspender as alimentações via sonda se os resíduos forem superiores a 150 cc ou mais do que 110% a 120% do gotejamento-hora em adultos.

Manter o balonete do tubo endotraqueal ou da cânula de traqueostomia inflado durante o ato alimentar, conforme apropriado.

Manter refrigerados os recipientes abertos de alimentação enteral.

Mudar o local da inserção e a sonda de infusão conforme o protocolo da instituição.

Lavar a pele todos os dias, no local de inserção da sonda, com sabão neutro e secar completamente.

Descartar os recipientes com alimentação enteral e os conjuntos de administração a cada 24 horas.

Monitorar quanto à presença de ruídos intestinais a cada quatro a oito horas, conforme apropriado.

Monitorar a condição hídrica e eletrolítica.

Monitorar, mensalmente, quanto a mudanças na altura/peso, conforme apropriado.

Monitorar o peso três vezes por semana, inicialmente; depois reduzir para uma vez ao mês.

Monitorar a presença de sinais de edema ou desidratação.

Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos.

Monitorar a ingestão de calorias, carboidratos, vitaminas e minerais quanto à adequação (consultar nutricionista), duas vezes por semana, inicialmente; depois reduzir para uma vez ao mês.

Monitorar a ocorrência de mudanças de humor.

Preparar o paciente e a família para as alimentações via sonda em casa, conforme apropriado.

Monitorar o peso, no mínimo, três vezes por semana, de acordo com a idade.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Fellows L.S., Miller E.H., Frederickson M., Bly B., Felt P. Evidence-based practice for enteral feedings and aspiration prevention: Strategies, bedside detection and practice change. *MedSurg Nursing*. 2000;9(1):27-31.

Mahan K.L., Escott-Stump S. In Krause's food, nutrition & diet therapy, 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

Methany N.A., Titler M.G. Assessing placement of feeding tubes. *American Journal of Nursing*. 2001;101(5):6-45.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:559-616.

Controle de Distúrbios ALIMENTARES (1030)

Definição: Prevenção e tratamento de restrição alimentar grave e excesso de exercícios, ou período de excesso alimentar e provocação de vômito de alimentos e líquidos.

Atividades:

Cooperar com outros membros da equipe de saúde no desenvolvimento de um plano de tratamento; envolver o paciente e/ou pessoas importantes, conforme apropriado.

Consultar a equipe e o paciente para fixar um peso-alvo se o paciente estiver fora da variação recomendada do peso em relação à idade e compleição corporal.

Estabelecer a quantidade desejada de aumento diário do peso.

Consultar o nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária para atingir e/ou manter o peso-alvo.

Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição com o paciente (e pessoas importantes, conforme apropriado).

Estimular o paciente a conversar sobre as preferências alimentares com o nutricionista.

Construir uma relação de apoio com o paciente.

Monitorar os parâmetros fisiológicos (sinais vitais, eletrólitos), se necessário.

Pesar rotineiramente (p. ex., mesma hora do dia e após eliminação de urina).

Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos, conforme apropriado.

Monitorar a ingestão diária de alimentos calóricos.

Estimular o paciente a automonitorar-se em relação à ingestão diária de alimentos e a pesar-se/manter o peso, conforme apropriado.

Estabelecer expectativas quanto a comportamentos alimentares adequados, ingestão de alimentos/líquidos e quantidade de atividade física.

Estabelecer um acordo comportamental com o paciente para provocar o aumento de peso desejado ou comportamentos de manutenção do peso.

Limitar a disponibilidade de alimentos às refeições agendadas e pré-servidas, além dos lanches.

Observar o paciente durante e após as refeições/lanches para garantir que foi alcançada e mantida a ingestão adequada.

Acompanhar o paciente ao banheiro durante os horários marcados para observação após as refeições/lanches.

Limitar o tempo no banheiro durante os períodos em que não está em observação.

Monitorar o paciente em relação a comportamentos relativos a atos alimentares, perda e aumento do peso.

Usar técnicas de modificação do comportamento para promover comportamentos que contribuam para aumentar o peso e limitar comportamentos de perda do peso, conforme apropriado.

Propiciar reforço ao aumento do peso e aos comportamentos que promovam aumento do peso.

Tomar providências remediadoras em resposta à perda de peso, comportamentos de perda de peso ou ausência de aumento de peso.

Oferecer apoio (p. ex., terapia de relaxamento, exercícios de dessensibilização, oportunidades para conversar sobre os sentimentos) à medida que o paciente integra novos comportamentos alimentares, mudança da imagem corporal e no estilo de vida.

Encorajar o paciente a usar registros diários dos sentimentos, bem como das circunstâncias em torno da urgência para vomitar o que ingeriu, evacuar, exercitar-se com exagero.

Limitar a atividade física, se necessário, para promover aumento do peso.

Providenciar um programa supervisionado de exercícios, quando adequado.

Dar oportunidade para escolhas limitadas sobre alimentação e exercício, à medida que progride o aumento do peso de forma desejada.

Auxiliar o paciente (e pessoas importantes), conforme apropriado, a examinar e solucionar questões pessoais que possam contribuir para o transtorno alimentar.

Auxiliar o paciente a desenvolver uma autoestima compatível com um peso corporal saudável.

Conferir, rotineiramente, com a equipe de saúde, os resultados relativos ao progresso do paciente.

Iniciar a fase de manutenção do tratamento quando o paciente alcançou o peso-alvo e, regularmente, evidenciou os comportamentos alimentares desejados durante o período estabelecido.

Monitorar o peso do paciente rotineiramente.

Determinar uma variação aceitável do peso em relação à variação combinada.

Dar a responsabilidade pelas escolhas alimentares e de atividade física ao paciente, conforme apropriado.

Oferecer apoio e orientação, se necessário.

Auxiliar o paciente a avaliar a adequação e as consequências das escolhas sobre alimentação e atividade física.

Reinstituir um protocolo de aumento do peso se o paciente não conseguir permanecer dentro da variação do peso combinada.

Instituir um programa de tratamento e atendimento de acompanhamento (médico, de aconselhamento) a ser aplicado em casa.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Crisp A.H. Anorexia nervosa. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Dudek S.G. Obesity and eating disorders. In *Nutrition essentials for nursing practice*, 5th rev. ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:375-416.

Garner D.M., Rockert W., Olmstead M.P., Johnson C., Cosina D.V. Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. In: Garner D.M., Garfinkel P.E., editors. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1985:513-572.

Halmi K. Behavioral management for anorexia nervosa. In: Garner D.M., Garfinkel P.E., editors. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1985:147-159.

Love C.C., Seaton H. Eating disorders. Highlights of nursing assessment and therapeutics. *Nursing Clinics of North America*. 1991;26(3):677-698.

Mohr W.K. Psychiatric-mental health nursing, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Palmer T.A. Anorexia nervosa, bulimia nervosa: Causal theories and treatment. *Nurse Practitioner*. 1990;15(4):13-21.

Plehn K.W. Anorexia nervosa and bulimia: Incidence and diagnosis. *Nurse Practitioner*. 1990;15(4):22-31.

Plano de ALTA (7370)

Definição: Preparo para a transferência de um paciente de um nível de cuidado a outro, no âmbito da mesma instituição de saúde ou para outro local.

Atividades:

Auxiliar o paciente/familiares/pessoas importantes a se prepararem para a alta.

Determinar as capacidades do paciente para a alta hospitalar.

Colaborar com o médico, paciente/familiares/pessoas importantes e outros membros da equipe de saúde no planejamento da continuidade dos cuidados de saúde.

Coordenar os esforços de diferentes provedores de cuidados de saúde para garantir uma alta oportuna.

Identificar a compreensão que o paciente e cuidador principal têm dos conhecimentos ou habilidades necessários após a alta.

Identificar as necessidades de ensino do paciente para o cuidado após a alta.

Monitorar a prontidão para a alta.

Comunicar os planos de alta do paciente, quando apropriado.

Documentar os planos de alta do paciente no prontuário.

Formular um plano de manutenção para o acompanhamento após a alta.

Auxiliar o paciente/familiares/pessoas importantes a planejarem o ambiente de apoio necessário ao oferecimento de cuidado pós-hospitalar ao paciente.

Elaborar um plano que leve em conta os cuidados de saúde, as necessidades sociais e financeiras do paciente.

Agendar uma avaliação pós-alta, quando apropriado.

Encorajar o autocuidado, quando apropriado.

Organizar a alta para o nível seguinte de atendimento.

Providenciar o apoio ao cuidador quando apropriado.

Discutir os recursos financeiros quando houver necessidade de providências de cuidados de saúde após a alta.

Coordenar os encaminhamentos relevantes para provedores de cuidados de saúde.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Hastings S.N., Heflin M.T. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2005;12(10):978-986.

Lowenstein A.J., Hoff P.S. Discharge planning. A study of nursing staff involvement. *Journal of Nursing Administration*. 1994;24(4):45-50.

Luckmann J., Sorensen K.C. Medical-surgical nursing, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.

McClelland E., Kelly K., Buckwalter K.C. Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1985.

McKeehan K.M. Continuing care. St. Louis, MO: Mosby, 1981.

Meijer R., van Limbeek J., Peusens G., Rulkens M., Dankoor K., Vermeulen M., de Haan R.J. The stroke unit discharge guideline, a prognostic framework for the discharge outcome from the hospital stroke unit. A prospective cohort study. *Clinical Rehabilitation*. 2005;19(7):770-778.

Remer D., Buckwalter K.C., Maas M.L. Translocation syndrome. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.A., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:493-504.

Controle de ALUCINAÇÕES (6510)

Definição: Promoção da segurança, conforto e orientação para a realidade do paciente com alucinações.

Atividades:

Estabelecer uma relação interpessoal de confiança com o paciente.

Monitorar e regular o nível de atividades e estímulos no ambiente.

Manter um ambiente seguro.

Providenciar um nível adequado de vigilância/supervisão para monitorar o paciente.

Registrar os comportamentos do paciente indicativos de alucinação.

Manter uma rotina coerente.

Designar os mesmos cuidadores diariamente.

Promover uma comunicação franca e aberta.

Criar oportunidades para o paciente discutir as alucinações.

Encorajar o paciente a expressar seus sentimentos de maneira adequada.

Redirecionar o foco do paciente para o assunto, caso sua comunicação seja inadequada às circunstâncias.

Monitorar as alucinações com relação a atitude violenta ou causadora de autoagressões.

Encorajar o paciente a desenvolver controle/responsabilidade em relação ao próprio comportamento se sua capacidade permitir.

Encorajar o paciente a discutir sentimentos e impulsos em vez de agir.

Encorajar o paciente a validar as alucinações com pessoas de sua confiança (p. ex., teste de realidade).

Solicitar ao paciente para falar quando já não estiver experimentando os mesmos estímulos.

Evitar discutir com o paciente sobre a validade das alucinações.

Focalizar a discussão nos sentimentos subjacentes em vez de entrar nos conteúdos das alucinações (p. ex., „Parece que você está assustado”).

Providenciar medicamentos antipsicóticos e ansiolíticos, rotineiramente ou conforme solicitado.

Orientar sobre os medicamentos ao paciente e pessoas importantes.

Monitorar o paciente em relação aos efeitos secundários e efeitos terapêuticos desejados dos medicamentos.

Providenciar segurança e conforto ao paciente e a outras pessoas quando ele for incapaz de controlar o comportamento (p. ex., limitar o ambiente restringir área, utilizar contenção física e isolamento).

Interromper ou reduzir os medicamentos (após consulta com o provedor de cuidado que prescreveu) capazes de causar as alucinações.

Oferecer orientação sobre a doença ao paciente/pessoas importantes caso as alucinações tenham base na doença (p. ex., delírio, esquizofrenia e depressão).

Orientar familiares e pessoas importantes sobre maneiras de lidar com o paciente que tem alucinações.

Monitorar a capacidade de autocuidado.

Auxiliar no autocuidado, se necessário.

Monitorar a condição física do paciente (p. ex., peso do corpo, hidratação das solas dos pés dos pacientes que andam de um lado a outro).

Oferecer repouso e nutrição adequados.

Envolver o paciente em atividades baseadas na realidade, capazes de desviar sua atenção das alucinações (p. ex., ouvir música).

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Bostrum A.C., Boyd M.A. Schizophrenia. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:265-310.

Eklund E.S. Perception/cognition, altered. In: McFarland G.K., Thomas M.D., editors. *Psychiatric mental health nursing: Application to the nursing process*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:332-357.

Moller M.D. Understanding and communicating with a person who is hallucinating. Omaha, NE: NurSeminars, 1989. [Videotape]

Assistência na AMAMENTAÇÃO (1054)

Definição: Preparo da mãe novata para amamentar seu bebê.

Atividades:

Discutir com os pais sobre o período em que gostariam de tentar conseguir amamentar o bebê.

Providenciar o contato precoce mãe/bebê para amamentar dentro de duas horas após o nascimento.

Auxiliar os pais a identificarem os indicadores de despertar do bebê como oportunidades para praticar a amamentação.

Monitorar a capacidade do bebê para sugar.

Encorajar a mãe a pedir ajuda com as primeiras tentativas à enfermeira, fazendo de oito a 10 mamadas em 24 horas.

Observar o bebê ao seio para determinar a posição certa, a deglutição audível e o padrão sucção/deglutição.

Monitorar a capacidade do bebê para agarrar o mamilo com a boca de forma correta (p. ex., habilidades de „pega”).

Orientar a mãe para monitorar a sucção do bebê.

Encorajar conforto e privacidade nas primeiras tentativas para amamentar.

Encorajar a sucção não nutritiva das mamas.

Encorajar a mãe a oferecer as duas mamas a cada mamada.

Encorajar a mãe a deixar o bebê mamar durante o tempo que desejar.

Orientar a mãe sobre a posição correta.

Orientar sobre a técnica correta de interrupção da sucção do bebê que mama.

Monitorar a integridade da pele dos mamilos.

Orientar sobre o cuidado dos mamilos, inclusive como evitar sensibilidade exagerada.

Discutir o uso de uma esgotadeira caso o recém-nascido não consiga mamar no seio inicialmente.

Monitorar o enchimento crescente das mamas em resposta aos cuidados do bebê e/ou uso da esgotadeira.

Informar a mãe sobre as opções de esgotadeiras disponíveis necessários, para manter a lactação.

Orientar sobre formas de controle da congestão mamária, mediante esvaziamento no mesmo horário, pela amamentação ou pelo uso da esgotadeira.

Orientar sobre armazenagem e aquecimento do leite materno.

Oferecer suplementação com fórmula somente quando necessário.

Orientar a mãe sobre a forma de fazer o bebê eructar.

Orientar a mãe sobre as características normais da urina e fezes do bebê.

Monitorar o reflexo de descida do leite.

Orientar a mãe para manter uma dieta bem equilibrada durante a lactação.

Encorajar a mãe a beber líquidos para satisfazer a sede.

Orientar a mãe sobre os estirões no crescimento do bebê.

Encorajar o uso de sutiã confortável e de algodão que ofereça apoio, próprio para amamentação.

Orientar para evitar o uso de forros com plástico nas mamas.

Encorajar a mãe a fazer contato com o profissional de saúde antes de tomar qualquer medicação enquanto estiver amamentando.

Encorajar a mãe a evitar tomar anticoncepcionais enquanto estiver amamentando.

Discutir métodos alternativos de contracepção.

Encorajar a mãe a evitar uso de cigarro enquanto estiver amamentando.

Identificar o sistema de apoio materno para manutenção da lactação.

Encorajar períodos frequentes de repouso.

Encorajar a manutenção da lactação após o retorno ao trabalho ou escola.

Fornecer material escrito para reforçar as orientações em casa.

Encaminhar os pais a aulas adequadas ou grupos de apoio ao aleitamento materno.

Encaminhar a mãe a um consultor de lactação, conforme apropriado.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Hill P., Aldag J. Smoking and breastfeeding status. *Research in Nursing & Health*. 1996;19(2):125-126.

Olds S.B., London M.L., Ladewig P.A. Maternal-newborn nursing: A family centered approach, 4th ed. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1992.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Riordan J., Auerbach K. Breastfeeding and human lactation. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers, 1993.

Proteção contra Riscos AMBIENTAIS (8880)

Definição: Prevenção e detecção de doenças e lesões em populações de risco em ambientes perigosos.

Atividades:

Levantar dados no ambiente a respeito de riscos reais e potenciais.

Analisar o nível de riscos associados ao ambiente (p. ex., hábitos de vida, trabalho, atmosfera, água, moradia, alimentos, lixo, radiação e violência).

Informar as populações de risco sobre os perigos ambientais.

Monitorar incidentes de doença e lesão relacionados aos perigos ambientais.

Manter-se informado sobre dados associados a padrões ambientais específicos (p. ex., Instituição de Proteção Ambiental [EPA] e Regulamentos da Administração de Segurança e Saúde no Trabalho [CAT]).

Notificar as instituições autorizadas a protegerem o ambiente sobre perigos conhecidos.

Cooperar com outras instituições para melhorar a segurança do ambiente.

Defender projetos ambientais mais seguros, sistemas de proteção e uso de equipamentos de proteção.

Apoiar programas que informem sobre os perigos ambientais.

Sondar as populações de risco em busca de evidências de exposição a perigos ambientais.

Participar de coleta de dados relativos à incidência e predominância de exposição a perigos ambientais.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Humphrey C.J., Milone-Nuzzo P. Orientation to home care nursing. Gaithersberg, MD: Aspen, 1996.

Klainberg M., Holzemer S., Leonard M., Arnold J. Community health nursing: An alliance for health. New York: McGraw-Hill, 1998.

Kuss T., Proulx-Girouard L., Lovitt S., Katz C.B., Kennelly P. A public health nursing model. *Public Health Nursing*. 1997;14(2):81-91.

Nester R.M. Occupational safety and health administration: Building partnerships. *AAOHN Journal*. 1996;44(10):493-499.

Stanhope M., Lancaster J. Community health nursing: Promoting health of aggregates, families and individuals, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

Stevens P.E., Hall J.M. Environmental health. In: Swanson J.M., Albrecht M., editors. *Community health nursing: Promoting the health of aggregates*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Controle do AMBIENTE (6480)

Definição: Manipulação do ambiente ao redor do paciente visando benefício terapêutico, apelo sensorial e bem-estar psicológico.

Atividades:

Criar um ambiente seguro para o paciente.

Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo e no histórico comportamental anterior.

Remover perigos ambientais (p. ex., tapetes soltos e mobília pequena e removível).

Retirar objetos prejudiciais do ambiente.

Proteger com forro as laterais da cama, conforme apropriado.

Acompanhar o paciente durante atividades fora do setor, conforme apropriado.

Providenciar uma cama baixa, conforme apropriado.

Oferecer os dispositivos de adaptação (p. ex., banquinhos para subidas e descidas e corrimão de apoio), conforme apropriado.

Colocar o mobiliário do quarto em locais adequados, que melhor atendam às deficiências do paciente ou familiares.

Oferecer sonda com comprimento suficiente, permitindo liberdade de movimentos, conforme apropriado.

Colocar ao alcance os objetos de uso frequente.

Oferecer quarto privativo, se indicado.

Levar em conta os aspectos estéticos do ambiente ao escolher os companheiros de quarto.

Oferecer leito e ambiente limpos e confortáveis.

Providenciar colchão firme.

Oferecer roupa de cama e avental hospitalar em boas condições, sem manchas.

Colocar ao alcance da mão o dispositivo de regulação da cama.

Organizar com asseio os suprimentos e a roupa de cama e banho que tenham que ficar ao alcance visual do paciente.

Bloquear a visão do paciente em relação ao banheiro, cadeira higiênica ou outro equipamento utilizado para a eliminação.

Remover materiais usados nas trocas de curativo e na eliminação, além de odores residuais, antes da hora de visita e das refeições.

Reduzir os estímulos ambientais, conforme apropriado.

Evitar exposição, correntes de ar, aquecimento excessivo ou resfriamentos desnecessários.

Adaptar a temperatura ambiental de modo a atender às necessidades do paciente se a temperatura corporal estiver alterada.

Controlar ou prevenir ruídos excessivos ou indesejáveis sempre que possível.

Oferecer a música preferida.

Oferecer fones de ouvido para a escuta privada quando a música perturbar os demais.

Adaptar a iluminação para benefício terapêutico.

Oferecer refeições e lanches dispostos de forma atraente.

Limpar as áreas usadas para os utensílios das refeições e bebidas, antes do uso pelo paciente.

Limitar as visitas.

Individualizar as restrições das visitas de forma a atender às necessidades do paciente e/ou família/pessoas importantes.

Individualizar a rotina diária de modo a atender às necessidades do paciente.

Incentivar o paciente a trazer de casa objetos familiares.

Facilitar o uso de itens pessoais, como pijama, roupão e objetos de cuidados pessoais.

Manter a constância dos profissionais de atendimento ao longo do tempo.

Proporcionar formas imediatas e contínuas para chamar o enfermeiro e informar o paciente e a família de que serão atendidos imediatamente.

Permitir a permanência da família/pessoa significativa com o paciente.

- Educar o paciente e a família sobre mudanças/precauções para que não modifiquem, sem querer, o ambiente planejado.
 - Dar à família/pessoas significativa as informações de como tornar seguro o ambiente domiciliar para o paciente.
 - Promover segurança contra incêndio, conforme apropriado.
 - Controlar pragas ambientais, conforme apropriado.
 - Oferecer desodorizadores de ambiente, se necessário.
 - Cuidar das plantas/flores.
 - Auxiliar o paciente ou a família a organizar cartões, flores e presentes para melhorar a percepção visual do paciente.
- Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

- Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Drury J., Akins J. Sensory/perceptual alterations. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:369-389.
- Gardner L., Buckwalter K. Music therapy. In: Bulechek G., McCloskey J., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:451-468.
- Phylar P.A. Management of the agitated and aggressive head injury patient in an acute hospital setting. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1989;21(6):353-356.
- Schuster E., Keegan L. Environment. In: Dossey B., Keegan L., Guzzetta C., editors. *Holistic nursing: A handbook for practice*. 3rd ed. Gaithersburg, MD: Aspen; 2000:249-282.
- Stoner N. Feeding. In: Bulechek G., McCloskey J., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:31-46.

Controle do AMBIENTE: conforto (6482)

Definição: Manipulação do ambiente ao redor do paciente para promover o máximo de conforto.

Atividades:

- Determinar as metas do paciente e da família relativas ao controle do ambiente e otimização do conforto.
- Facilitar a transição do paciente e da família por meio de boas-vindas calorosas ao novo ambiente.
- Levar em conta a instalação dos pacientes em quartos com várias camas (companheiros de quarto com as mesmas preocupações ambientais, se possível).
- Oferecer quarto privativo se for a preferência do paciente (e da família) e se houver necessidade de silêncio e repouso, se possível.
- Dar atenção imediata às chamadas, manter a campainha sempre ao alcance da mão.
- Evitar interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso.
- Criar um ambiente calmo e de apoio.
- Proporcionar um ambiente seguro e limpo.
- Dar possibilidade de escolha, sempre que possível, para as atividades sociais e de visitação.

Determinar as origens do desconforto, como curativos úmidos, posição de sondas, curativos apertados, roupa de cama com rugas e irritantes ambientais.

Ajustar a temperatura do quarto como mais confortável para o indivíduo, se possível.

Oferecer ou retirar cobertores para promover conforto da temperatura, conforme indicação.

Evitar exposição, correntes de ar, excesso de calor ou resfriamentos desnecessários.

Ajustar a iluminação de modo a atender às necessidades de atividades individuais, evitando luz direta nos olhos.

Facilitar medidas higiênicas que mantenham a pessoa confortável (p. ex., limpeza da testa, aplicação de cremes ou limpeza do corpo, cabelo e cavidade oral).

Posicionar o paciente para facilitar o conforto (p. ex., uso dos princípios de alinhamento corporal, apoio com travesseiros, apoio para as articulações durante os movimentos, curativos sobre incisões e imobilização da parte do corpo com dor).

Monitorar a pele, em especial, sobre saliências ósseas, quanto a sinais de pressão ou irritação.

Evitar a exposição da pele ou mucosas a irritantes (p. ex., fezes diarreicas e drenagem de feridas).

Proporcionar recursos educativos relevantes e úteis sobre o tratamento das doenças e ferimentos aos pacientes e familiares, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Edvardsson J.D., Sandman P.O., Rasmussen B.H. Sensing an atmosphere of ease: A tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2005;19(4):344-353.

Herr K.A., Mobily P.R. Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):347-370. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Roush C., Cox J. The meaning of home: How it shapes the practice of home and hospice care. *Home Healthcare Nurse*. 2000;18(6):388-394.

Williams A., Irurita V. Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. 2005;18(1):22-28.

Controle do AMBIENTE: comunidade (6484)

Definição: Monitoramento e alteração das condições físicas, sociais, culturais, econômicas e políticas que afetam a saúde de grupos e comunidades.

Atividades:

Iniciar sondagem de riscos à saúde decorrentes do ambiente.

Participar de equipes multidisciplinares para identificar ameaças à segurança na comunidade.

Monitorar a condição de riscos conhecidos à saúde.

Participar de programas comunitários que tratem dos riscos conhecidos.

Cooperar no desenvolvimento de programas de ação comunitária.

Promover políticas governamentais de redução de riscos específicos.

Encorajar os vizinhos a participarem, de forma ativa, na segurança da comunidade.

Coordenar os serviços de grupos e comunidades de risco.

Realizar programas educativos voltados aos grupos de risco identificados.

Trabalhar com grupos ambientais para garantir regulamentos governamentais apropriados.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Bracht N. Health promotion at the community level. Newbury Park, CA: Sage, 1990.

Dever G. Community health analysis. Gaithersburg, MD: Aspen, 1991.

Salazar M.K., Primomo J. Taking the lead in environmental health. *American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)*. 1994;42(7):317-324.

Stevens P., Hall J. Environmental health in community health nursing. In: Swanson J.F., Albrecht M, editors. *Community health nursing: Promoting the health of aggregates*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993:567-596.

Controle do AMBIENTE: preparo do lar (6485)

Definição: Preparo da casa para oferecer cuidados seguros e eficientes.

Atividades:

Consultar o paciente e os cuidadores acerca dos preparativos para o atendimento em casa.

Monitorar o ambiente doméstico para receber o paciente.

Organizar e validar o funcionamento de todos os equipamentos necessários.

Solicitar e confirmar a entrega de medicamentos e suprimentos necessários.

Preparar planos de ensino para uso doméstico, de modo que coincidam com todos os ensinamentos anteriores realizados.

Organizar os horários dos profissionais de apoio.

Confirmar a existência de planos de emergência.

Confirmar data e hora da transferência para casa.

Confirmar os preparativos para o transporte para casa, com acompanhante, se necessário.

Acompanhar para garantir que os planos sejam factíveis e implementados.

Oferecer material escrito sobre medicamentos, suprimentos e dispositivos auxiliares, como guias aos cuidadores, se necessário.

Providenciar a documentação que atenda às diretrizes das instituições.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Humphrey C.J., Milone-Nuzzo P. Orientation to home care nursing. Gaithersburg, MD: Aspen, 1996.

Kelly K., McClelland E. Discharge planning: Home care considerations. In: Martinson I., Widmer A., editors. *Home care nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1989.

Controle do AMBIENTE: prevenção de violência (6487)

Definição: Monitoramento e manipulação do ambiente físico para reduzir o potencial de comportamento violento voltado a si mesmo, aos outros ou ao ambiente.

Atividades:

Remover armas potenciais do ambiente (p. ex., objetos cortantes e parecidos com cordas).

Fazer buscas rotineiras no ambiente para mantê-lo livre de perigos.

Examinar o paciente e seus pertences na busca de armas/armas potenciais durante o procedimento de admissão hospitalar, conforme apropriado.

Monitorar a segurança de itens que são trazidos ao ambiente por visitantes.

Orientar as visitas e outros cuidadores sobre assuntos de segurança relevantes ao paciente.

Limitar o uso pelo paciente de armas potenciais (p. ex., objetos cortantes e semelhantes a cordas).

Monitorar o paciente durante o uso de armas potenciais (p. ex., lâmina de barbear).

Colocar o paciente com potencial para autolesão com colega de quarto para diminuir o isolamento e a oportunidade de agir levado por ideias de autolesão, conforme apropriado.

Dar quarto privativo a paciente com potencial de violência contra os outros.

Colocar o paciente em quarto situado próximo ao posto de enfermagem.

Limitar o acesso a janelas, a menos que estejam trancadas e seja impossível abri-las, conforme apropriado.

Trancar salas de itens de uso rotineiro e armazenagem em geral.

Oferecer pratos de papel e utensílios plásticos às refeições.

Colocar o paciente em ambiente menos restritivo que permita o nível necessário de observação.

Providenciar supervisão constante a todas as áreas de acesso do paciente para manter sua segurança e interferir de forma terapêutica, se necessário.

Retirar outros indivíduos da proximidade do paciente violento ou com potencial de violência.

Manter uma área escolhida e segura (p. ex., quarto de isolamento) para colocar o paciente violento.

Aplicar luvas especiais, talas, capacetes ou imobilizadores para limitar a mobilidade e a capacidade de iniciar autolesão, conforme apropriado.

Oferecer cabides plásticos em vez de metálicos para as roupas, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

- Delaney K.R., Esparza D., Hinderliter D., Lamb K., Mohr W.K. Violence and abuse within the community. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:353-376.
- Goldstein A.P. Prevention and control of aggression. New York: Pergamon Press, 1983.
- Haven E., Piscitello V. The patient with violent behavior. In: Lewis S., editor. *Manual of psychosocial nursing interventions: Promoting mental health in medical-surgical settings*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1989:187-204.
- Howells K., Hollin C.R. Clinical approaches to violence. New York: John Wiley & Sons, 1992.
- Kanak M.F. Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-396. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Lewis S., McDowell W.A., Gregory R.J. The patient with suicidal ideation. In: Lewis S., editor. *Manual of psychosocial nursing interventions: Promoting mental health in medical-surgical settings*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1989:173-175.
- Munns D., Nolan L. Potential for violence: Self-directed or directed at others. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:551-560.

Controle do AMBIENTE: processo para o estabelecimento de vínculo (6481)

Definição: Manipulação do ambiente em torno do paciente para facilitar o desenvolvimento da relação pais-bebê.

Atividades:

- Criar um ambiente que lembre a casa.
- Oferecer uma cama limpa e confortável.
- Criar um ambiente propício à privacidade.
- Colocar o paciente, se possível, em quarto privativo.
- Providenciar um enfermeiro responsável.
- Limitar o número de pessoas na sala de parto.
- Manter a constância dos profissionais de atendimento durante a permanência na instituição.
- Individualizar a rotina diária para satisfazer às necessidades do paciente.
- Oferecer alimentos acessíveis ou lanchonete.
- Colocar o berço do bebê na cabeceira da cama da mãe.
- Manter a temperatura corporal do bebê aquecida.
- Proporcionar uma sonda suficientemente longa para permitir liberdade de movimentos, conforme apropriado.
- Proporcionar uma cadeira de balanço.
- Providenciar uma cadeira confortável ao pai/pessoa significativa.
- Manter um nível reduzido de estímulos no ambiente do paciente e dos familiares.
- Reduzir a quantidade de pessoas no ambiente.
- Proteger a família das interrupções de visitas.
- Explicar as opções e, depois, permitir que a família escolha o ambiente hospitalar e o plano de visitas que melhor atenda

às suas necessidades.

Possibilitar visitas de familiares, conforme desejado.

Permitir que o pai/pessoa importante durma no quarto com a mãe.

Limitar os horários de visita para promover o descanso materno.

Reduzir as interrupções por telefonemas.

Reduzir as interrupções pelos funcionários do hospital.

Criar políticas que permitam a presença de pessoas significativas tanto quanto for desejado pelas pacientes.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Denehy J.A. Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):425-444. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),
Symposium on nursing interventions

Franklin C.F. The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Critical Care Nursing*. 2006;29(1):81-85.

Mercer R.T., Walker L.O. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*.
2006;35(5):568-582.

Pressler J.L. Promoting attachment. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:4-17.

Controle do AMBIENTE: segurança (6486)

Definição: Monitoramento e manipulação do ambiente físico para promoção da segurança.

Atividades:

Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de capacidade física e cognitiva e no histórico comportamental anterior.

Identificar perigos à segurança no ambiente (*i.e.*, físicos, biológicos e químicos).

Remover os perigos do ambiente, quando possível.

Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos.

Providenciar dispositivos de adaptação (p. ex., escadinha com degraus e corrimãos) de modo a aumentar a segurança no ambiente.

Usar dispositivos protetores (p. ex., contenção, laterais da cama, tranca em portas, cercas e portões) para limitar, fisicamente, a mobilidade ou o acesso a situações prejudiciais.

Notificar as instituições autorizadas a protegerem o ambiente (p. ex., secretaria de saúde e instituição de proteção ambiental, polícia).

Dar ao paciente os telefones de emergência (p. ex., polícia, secretaria de saúde local e centro de controle toxicológico).

Monitorar o ambiente quanto a mudanças na condição de segurança.

Auxiliar o paciente em sua mudança para um ambiente mais seguro (p. ex., encaminhamento a assistência para conseguir moradia).

Iniciar e/ou conduzir programas de sondagem de perigos ambientais (p. ex., chumbo e radiação).

Educar indivíduos e grupos de alto risco sobre perigos ambientais.

Colaborar com outras instituições para melhorar a segurança do ambiente (p. ex., secretaria de saúde, polícia e instituição de proteção ambiental)

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Clark M.J. Environmental influences on community health. In: Clark M.J., editor. *Nursing in the community*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1992:342-365.
- Kanak M.F. Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-396. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Kozier B., Erb G. *Fundamentals of nursing: Concepts and procedures*, 4th ed. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1991.
- Lancaster J. Environmental health and safety. In: Stanhope M., Lancaster J., editors. *Community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1992:293-309.
- Mulroy E.A. A user-friendly approach to program evaluation and effective community interventions for families at risk of homelessness. *Social Work*. 2004;49(4):573-586.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1991.

Controle do AMBIENTE: segurança do trabalhador (6489)

Definição: Monitoramento e manipulação do ambiente no local de trabalho para promoção da segurança e da saúde dos trabalhadores

Atividades:

Manter registros de saúde confidenciais dos trabalhadores.

Determinar a aptidão do empregado para o trabalho.

Identificar perigos e estressores no ambiente de trabalho (p. ex., físicos, biológicos, químicos e ergonômicos).

Identificar padrões aplicáveis do CAT e seu cumprimento no local de trabalho.

Informar os funcionários sobre seus direitos e responsabilidades em relação à CAT (através de cartazes, cópias do ato e dos padrões de segurança).

Informar os trabalhadores sobre substâncias perigosas a que possam estar expostos.

Usar etiquetas identificadoras ou sinais para alertar os trabalhadores sobre perigos potenciais no local de trabalho.

Realizar os registros de lesões e doenças ocupacionais em formulários aceitos pela seguridade social (CAT, comunicação de acidente do trabalhador) e participar das fiscalizações desse órgão.

Realizar um diário das lesões e doenças ocupacionais para os trabalhadores.

Identificar fatores de risco de lesões e doenças ocupacionais pela revisão dos registros dos padrões das lesões e das doenças.

Iniciar mudanças no ambiente para eliminar ou minimizar os riscos (p. ex., programas de treinamento para prevenir lesões nas costas).

Iniciar programas de sondagem no local de trabalho para a detecção precoce de doenças e lesões associadas ou não ao trabalho (p. ex., pressão sanguínea, testes de funcionamento auditivo, visual e pulmonar).

Iniciar programas de promoção da saúde no local de trabalho com base em levantamentos de riscos à saúde (p. ex., parar de fumar, controlar o estresse e vacinar).

Identificar e tratar condições agudas no local de trabalho.

Desenvolver protocolos de emergência e treinar empregados selecionados para atendimento de emergência.

Coordenar atendimento de acompanhamento de lesões e doenças associadas ao trabalho.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

American Association of Occupational Health Nurses. Standards for occupational health nursing practice. Atlanta: Author, 1988.

Centers for Disease Control. Leading work-related diseases and injuries — United States. *MMWR-Morbidity & Mortality Weekly Report*. 1986;35(8):113-116.

Clemen-Stone S., Eigsti D.G., McGuire S.L. Occupational health nursing. In: Clemen-Stone S., Eigsti D.G., McGuire S.L., editors. *Comprehensive family and community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1991:616-657.

Department of Health and Human Services. Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives (DHHS Publication No. PHS 91-50213). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1991.

Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. All about OSHA. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1994.

AMNIOINFUSÃO (6700)

Definição: Infusão de líquido no útero durante trabalho de parto para aliviar a compressão do cordão umbilical ou diluir líquido com mecônio.

Atividades:

Observar sinais de volume inadequado do líquido amniótico (p. ex., oligo-hidrâmnios, crescimento intrauterino assimétrico, pós-datismo, anormalidades conhecidas do trato urinário fetal e ruptura prolongada de membranas).

Reconhecer contraindicações potenciais a amnioinfusão (p. ex., amnionite, poli-hidrâmnios, múltiplas gestações, sofrimento fetal intenso, pH do escalpo fetal $<7,20$, anomalia fetal conhecida, anomalia uterina conhecida).

Observar desaceleração cardíaca fetal variável ou prolongada durante monitoramento eletrônico intraparto.

Documentar a presença de líquido espesso com mecônio, com ruptura de membranas.

Assegurar o consentimento informado.

Preparar o equipamento necessário para a amnioinfusão.

Irrigar o cateter intrauterino com infusão.

Usar precauções universais.

Colocar o cateter intrauterino com técnica asséptica.

Ajustar e irrigar o cateter após a colocação, usando precauções universais.

Infundir 500 a 1.000 cm³ de solução isotônica IV rapidamente na cavidade uterina, conforme o protocolo ou a ordem médica.

Colocar a paciente na posição de Trendelenburg, conforme apropriado.

Manter a infusão contínua conforme gotejos prescritos.

Monitorar os dados da pressão intrauterina.

Observar características do líquido de retorno.

Trocar os absorventes perineais, conforme apropriado.

Documentar as mudanças nos traçados do monitor eletrônico intraparto.

Observar sinais de reação adversa (p. ex., excessiva distensão uterina, prolapso do cordão umbilical e embolia do líquido amniótico).

Obter níveis de gasometria do cordão no momento do nascimento para avaliar a eficácia da intervenção.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Longobucco D., Winkler E. Amnioinfusion: Intrapartum indications and administration. *Mother Baby Journal*. 1999;4(2):13-18.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Snell B.J. The use of amnioinfusion in nurse-midwifery practice. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1993;39(2):62S-70S.

Controle de AMOSTRAS para Exames (7820)

Definição: Obtenção, preparo e conservação de uma amostra para exame laboratorial.

Atividades:

Obter a amostra solicitada, conforme o protocolo.

Orientar o paciente sobre a forma de coleta e conservação da amostra, conforme apropriado.

Providenciar o recipiente necessário para a amostra.

Aplicar dispositivos especiais de coleta da amostra, se necessário, para bebês, crianças pequenas ou adultos com deficiências.

Ajudar na biopsia de tecido ou órgão, conforme apropriado.

Ajudar a aspirar líquido de cavidade do corpo, conforme apropriado.

Armazenar a amostra coletada ao longo do tempo, conforme o protocolo.

Lacrar todos os recipientes com amostras para evitar vazamento ou contaminação.

Etiquetar a amostra com os dados apropriados antes de deixar o paciente.

Colocar a amostra em recipiente adequado para o transporte.

Organizar o transporte da amostra ao laboratório.

Prescrever exames laboratoriais de rotina relativos à amostra, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of nursing*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Taylor C., Lillis C., LeMone P. *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Cuidados na AMPUTAÇÃO (3420)

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

Atividades:

Encorajar o paciente a participar da decisão de amputar, se possível, uma vez que sua participação é fator importante na adaptação e reabilitação pós-cirúrgica.

Garantir que o paciente entenda e aceite a necessidade da cirurgia de amputação antes que ela ocorra, se possível.

Proporcionar informações e apoio antes e depois da cirurgia.

Colocar colchão de alívio de pressão na cama antes da cirurgia, conforme apropriado, para ajudar a evitar o surgimento de úlceras por pressão.

Posicionar o coto no alinhamento corporal correto.

Posicionar o coto abaixo do joelho em posição estendida.

Evitar a colocação do coto em posição pendente, para reduzir o edema e a estase vascular.

Evitar mexer no curativo do coto logo após a cirurgia e enquanto não houver vazamento ou sinal de infecção.

Envolver o coto, conforme necessário.

Promover um apoio em forma cônica e macia, ajustado por meio de bandagem para o encaixe correto da prótese.

Monitorar a intensidade do edema presente no coto.

Monitorar a ocorrência de dor em membro fantasma (ardência, câibras, sensação pulsátil, de esmagamento, ou dor cortante onde estava o membro).

Explicar que a dor do membro fantasma pode iniciar várias semanas após a cirurgia, podendo ser desencadeada por pressão em outras áreas.

Administrar vários tipos de analgésicos para controle da dor (farmacológicos e não farmacológicos), conforme a necessidade de conforto, antes e depois da cirurgia (p. ex., massagem).

Monitorar a ocorrência de preocupações psicológicas relacionados à mudança na imagem corporal, como depressão ou ansiedade.

Ensinar o paciente a comunicar sinais e sintomas de circulação prejudicada (p. ex., formigamento, pulso periférico ausente, temperatura fria da pele).

Monitorar a cicatrização da ferida no local da incisão.

Colocar a área afetada em banheira de hidromassagem, conforme apropriado.

Examinar a pele em busca de sinais de colapso.

Orientar o paciente sobre as formas de realizar corretamente exercícios de amplitude de movimentos e o motivo de sua importância após a cirurgia.

Auxiliar o paciente nos exercícios de amplitude de movimentos, conforme a necessidade.

Orientar o paciente sobre exercícios de resistência e fortalecimento dos músculos.

Auxiliar nos exercícios de resistência e fortalecimento, conforme a necessidade.

Orientar o paciente para evitar sentar-se por períodos prolongados.

Encorajar o uso de um trapézio para movimentação na cama, conforme apropriado.

Orientar sobre técnicas de transferência.

Elogiar a adaptação do paciente às mudanças na imagem corporal.

Aceitar a necessidade inicial de esconder o coto.

Oferecer persuasão e apoio à visão e manuseio da parte do corpo alterada.

Auxiliar o paciente no processo do pesar associado à perda da parte do corpo.

Facilitar a identificação das mudanças necessárias no estilo de vida.

Fixar metas mútuas de autocuidado progressivo.

Encorajar o paciente a praticar o autocuidado do coto.

Providenciar instruções apropriadas de autocuidado após a alta.

Oferecer oportunidades de interagir com pessoas com amputações similares, conforme apropriado.

Oferecer informações apropriadas sobre dispositivos protéticos e técnicas de mobilização.

Discutir a necessidade de dispositivos auxiliares por longo tempo (p. ex., modificações em casa e no carro), conforme apropriado.

Discutir com os pacientes metas possíveis a longo prazo para a reabilitação, que podem incluir andar ou até mesmo correr sem um dispositivo de apoio (p. ex., bengala ou andador), conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Bloomquist T. Amputation and phantom limb pain: A pain-prevention model. *AANA American Association of Nurse Anesthetists Journal*. 2001;69(3):211-217.

Bryant G. Stump care. *AJN, American Journal of Nursing*. 2001;101(2):67-71.

Esquenazi A., DiGiacomo R. Rehabilitation after amputation. *Journal of the American Podiatric Association*. 2001;91(1):13-22.

Gibson J. Lower limb amputation. *Nursing Standard*. 2001;15(28):47-52.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:1064-1067.

Sjodahl C., Jarnlo G.B., Persson B. Gait improvement in unilateral transfemoral amputees by a combined psychological and physiotherapeutic treatment. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2001;33(3):114-118.

Controle da ANAFILAXIA (6412)

Definição: Promoção de ventilação e perfusão tissular adequadas a indivíduo com reação alérgica grave (antígeno-anticorpo).

Atividades:

Identificar e remover a fonte do alérgeno, se possível.

Administrar epinefrina 1:1.000 subcutânea em dose adequada à idade.

Colocar o indivíduo em posição confortável.

Aplicar torniquete conforme protocolo, imediatamente proximal ao ponto de entrada do alérgeno (p. ex., local de injeção, local IV, picada de inseto etc.), quando possível e conforme apropriado.

Estabelecer e manter uma via aérea desobstruída.

Administrar oxigênio em alto fluxo (10-15 L/min).

Monitorar sinais vitais.

Iniciar infusão IV de solução salina normal, Ringer lactato ou expansor plasmático, conforme apropriado.

Tranquilizar o indivíduo e os familiares.

Monitorar a ocorrência de sinais de choque (p. ex., dificuldade respiratória, arritmias cardíacas, convulsões e hipotensão).

Monitorar autorrelatos de sensação de morte iminente.

Manter fluxograma de atividades, inclusive sinais vitais e administração de medicamentos.

Administrar rapidamente líquidos IV (1.000 mL/hora) para manter a pressão arterial, conforme prescrição médica ou protocolo.

Administrar espasmolíticos, anti-histamínicos ou corticosteroides, conforme indicação, diante de presença de urticária, angiodema ou broncospasmo.

Consultar outros provedores de atendimento de saúde e encaminhar para eles quando necessário.

Monitorar a recorrência de anafilaxia em 24 horas.

Orientar o indivíduo e familiares sobre o uso de uma caneta para injetar epinefrina.

Orientar o indivíduo e a família sobre a prevenção de episódios futuros.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Hoole A., Pickard C., Ouimette R., Lohr J.H., Greenberg R. Individual care guidelines for nurse practitioners, 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

Jevon P. Anaphylaxis: Emergency treatments. *Nursing Times*. 2001;96(14):39-40.

Lemone P., Burke K. Medical surgical nursing: Critical care thinking in client care. Redwood City, CA: Addison-Wesley, 1996.

Project Team of the Resuscitation Council (UK). Emergency medical treatment of anaphylactic reaction. *Journal of Accidental Emergency Medicine*. 1999;16(4):243-247.

Assistência à ANALGESIA Controlada pelo Paciente (PCA) (2400)

Definição: Facilitação da administração e regulação da analgesia pelo paciente.

Atividades:

Colaborar com os médicos, o paciente e os familiares na seleção do tipo de narcótico a ser usado.

Recomendar a administração de Aspirina® e medicamentos anti-inflamatórios não esteroides junto com narcóticos, conforme apropriado.

Evitar o uso de meperidina.

Assegurar que o paciente não seja alérgico ao analgésico a ser administrado.

Ensinar o paciente e a família a monitorar a intensidade, a qualidade e a duração da dor.

Ensinar o paciente e a família a monitorar a frequência respiratória e a pressão arterial.

Estabelecer acesso nasogástrico, venoso, subcutâneo ou medular, conforme apropriado.

Assegurar que o paciente é capaz de usar um dispositivo de analgesia controlado pelo paciente (PCA): consegue comunicar-se, entende explicações e obedece a instruções.

Colaborar com o paciente e a família na seleção do tipo adequado de dispositivo de infusão controlado pelo paciente.

Ensinar ao paciente e familiares a forma de usar o dispositivo de PCA.

Auxiliar o paciente e a família a calcular a concentração adequada da droga em relação ao diluente, levando em conta a quantidade de líquido infundido por hora, via dispositivo de PCA.

Auxiliar o paciente e a família a administrar a dose adequada do *bolus* do analgésico.

Ensinar o paciente e a família a ajustarem a velocidade adequada da infusão no dispositivo de PCA.

Auxiliar o paciente e a família a ajustarem o intervalo adequado de *bolus* no dispositivo de PCA.

Ajudar o paciente e a família a ajustar as doses adequadas de demanda no dispositivo de PCA.

Consultar o paciente, os familiares e o médico para o ajuste no intervalo do *bolus*, na infusão e da dosagem, conforme a resposta do paciente.

Ensinar ao paciente a forma de ajustar as doses para mais ou para menos, dependendo da taxa respiratória, da intensidade da dor e da qualidade da dor.

Ensinar ao paciente e familiares a ação e os efeitos secundários dos agentes de alívio da dor.

Documentar a dor do paciente, a frequência e a quantidade da dose da droga e a resposta ao tratamento da dor em um fluxograma de controle da dor.

Recomendar cuidados para evitar constipação.

Consultar especialistas clínicos da dor para paciente com dificuldades em obter alívio da dor.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:1167.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Pain management. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1132-1169.

McCaffery M., Beebe A. Pain. Clinical manual for nursing practice. St. Louis, MO: Mosby, 1989.

The University of Iowa Hospitals and Clinics, Critical Care Nursing Division. (1990). *Translating research into practice: Pain management in critical care*. Research utilization project funded by AACN

Administração de ANALGÉSICOS (2210)

Definição: Uso de agentes farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor.

Atividades:

Determinar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar o paciente.

Verificar a prescrição médica quanto ao medicamento, dose e frequência do analgésico prescrito.

Verificar histórico de alergias a medicamentos.

Avaliar a capacidade do paciente para participar da escolha do analgésico, da via e da dose e envolvê-lo neste processo, conforme apropriado.

Escolher o analgésico ou a combinação de analgésicos apropriados quando há prescrição de mais de um.

Determinar a seleção dos analgésicos (narcótico, não narcótico ou medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais) com base no tipo e na gravidade da dor.

Determinar o analgésico preferido, a via de administração e a dose para obter analgesia adequada.

Escolher a via IV em vez da IM quando for caso de injeções frequentes de medicamentos, quando possível.

Controlar o uso de narcóticos e outros fármacos controlados, conforme protocolo da instituição.

Monitorar os sinais vitais antes e após a administração de analgésicos narcóticos, na primeira dose, ou diante de sinais incomuns.

Atender às necessidades de conforto e realizar outras atividades que ajudem a relaxar, a fim de facilitar a resposta à analgesia.

Administrar analgésicos em horários fixos para evitar picos e depressões da analgesia, especialmente em caso de dor intensa.

Estabelecer expectativas positivas quanto à eficácia dos analgésicos para otimizar a resposta do paciente.

Administrar analgésicos coadjuvantes e/ou medicamentos, quando necessário, para potencializar a analgesia.

Considerar o uso de infusão contínua, de forma isolada ou associada a opioides em bolo, para manter os níveis séricos.

Instituir precauções de segurança para quem recebe analgesia narcótica, conforme apropriado.

Orientar o paciente para solicitar medicação para a dor antes que ela piore.

Informar o paciente de que, com a administração de narcóticos, pode ocorrer tontura nos dois a três primeiros dias, desaparecendo depois.

Corrigir ideias erradas/mitos que o paciente ou familiares podem ter sobre os analgésicos, em especial os opioides (p. ex., vício e risco de *overdose*).

Avaliar a eficácia dos analgésicos em intervalos regulares e frequentes após cada administração, mas, em especial, após as primeiras doses, observando também se ocorrem sinais e sintomas de efeitos colaterais (p. ex., depressão respiratória, náusea e vômito, boca seca e constipação).

Documentar a resposta ao analgésico e todos os efeitos colaterais.

Avaliar e documentar o nível de sedação dos pacientes que recebem opioides.

Implementar ações para reduzir efeitos colaterais dos analgésicos (p. ex., constipação e irritação gástrica).

Colaborar com o médico se a droga, dose, via de administração ou mudanças no intervalo, forem indicadas, realizando as recomendações específicas com base em princípios equianalgésicos.

Ensinar o uso de analgésicos, estratégias para reduzir efeitos colaterais e expectativas de envolvimento nas decisões sobre alívio da dor.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Administração de ANALGÉSICOS: Intraespinal (2214)

Definição: Administração de agentes farmacológicos no espaço epidural ou intratecal para reduzir ou eliminar a dor.

Atividades:

Verificar a permeabilidade e o funcionamento do cateter, orifício e/ou bomba.

Garantir que o acesso IV esteja permeável e funcionando durante a terapia.

Rotular o cateter e prendê-lo adequadamente.

Garantir que a fórmula adequada do fármaco seja usada (p. ex., concentração alta e sem conservantes).

Garantir a disponibilidade de antagonista narcótico para administração de emergência, administrando conforme prescrição médica, quando necessário.

Iniciar infusão contínua do agente analgésico após verificação da colocação correta do cateter, monitorando a velocidade da infusão para assegurar o recebimento da dose do medicamento.

Monitorar temperatura, pressão sanguínea, respirações, pulso e nível de consciência a intervalos apropriados e registrar em fluxograma de controle.

Monitorar nível de bloqueio sensorial a intervalos adequados e registrando em fluxograma de controle.

Monitorar local e curativos do cateter, verificando se há deslocamento ou umedecimento, e avisar profissional responsável, conforme protocolo da instituição.

Realizar cuidados no local do cateter, conforme protocolo da instituição.

Fixar a agulha no lugar com esparadrapo e aplicar o curativo adequado, conforme protocolo da instituição.

Monitorar reações adversas, inclusive depressão respiratória, retenção urinária, sonolência indevida, prurido, convulsões, náusea e vômito.

Monitorar a pressão sanguínea ortostática e o pulso antes da primeira tentativa de deambulação.

Orientar o paciente para informar efeitos secundários, alterações no alívio da dor, entorpecimento das extremidades e necessidade de assistência ao deambular quando houver fraqueza.

Seguir a política da instituição para injeção intermitente de agentes analgésicos.

Oferecer medicamentos coadjuvantes conforme apropriado (p. ex., antidepressivos, anticonvulsivos e agentes anti-inflamatórios não esteroidais).

Aumentar a dose intraespinal com base no escore da intensidade da dor.

Orientar e guiar o paciente por meio de medidas não farmacológicas (p. ex., terapia de relaxamento, imagem guiada e

biofeedback) para aumentar a eficácia farmacológica.

Orientar o paciente sobre o cuidado correto em casa dos dispositivos externos ou implantados, conforme apropriado.

Retirar ou auxiliar na remoção do cateter, conforme protocolo da instituição.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Acute Pain Management Panel. Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1992. Clinical practice guideline. AHCPR Pub. No. 92-0032

American Nurses Association. ANA position statement: The role of the registered nurse in the management of analgesia by catheter techniques. *SCI Nursing*. 1992;9(2):54-55.

El-Baz N., Goldin M. Continuous epidural infusion of morphine for pain relief after cardiac operations. *Journal of Cardiovascular Surgery*. 1987;93(6):878-883.

Keeney S. Nursing care of the postoperative patient receiving epidural analgesia. *MEDSURG Nursing*. 1993;2(3):191-196.

Paice J., Magolan J. Intraspinal drug therapy. *Nursing Clinics of North America*. 1991;26(2):477-498.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Wild L., Coyne C. The basics and beyond: Epidural analgesia. *American Journal of Nursing*. 1992;92(4):26-34.

Administração de ANESTESIA (2840)

Definição: Preparo e administração de agentes anestésicos e monitoramento da reação do paciente durante a administração.

Atividades:

Verificar a identificação do paciente.

Realizar e documentar o histórico de saúde e o exame físico do paciente, avaliando condições preexistentes, alergias e contraindicações a agentes ou técnicas anestésicas específicas.

Solicitar consultas apropriadas, além de exames diagnósticos e laboratoriais, com base na condição de saúde do paciente e na cirurgia proposta.

Implementar as atividades pré-operatórias indicadas para o preparo fisiológico do paciente para a cirurgia e a anestesia.

Elaborar e documentar um plano de anestesia adequado ao paciente e ao procedimento.

Colaborar com a equipe de saúde envolvida em todas as fases do cuidado anestésico.

Informar o paciente sobre expectativas da anestesia, respondendo a perguntas e preocupações.

Obter consentimento informado.

Realizar verificação de segurança em todo o equipamento antes de administrar a anestesia.

Garantir a disponibilidade de equipamento essencial de emergência e reanimação.

Instalar linhas de monitoramento intravenoso invasivo e não invasivo.

Administrar medicamentos e líquidos pré-anestésicos apropriados.

Auxiliar na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica.

Posicionar o paciente de modo a evitar dano a nervos periféricos e lesão por pressão.

Garantir a colocação segura de tira de proteção e segurança contínua do paciente durante todas as fases da anestesia.

Administrar o anestésico de forma coerente com as necessidades fisiológicas de cada paciente, suas solicitações, juízo clínico e com os Padrões de Prática para Anestesia feita por Enfermeiro.

Investigar e manter uma via aérea adequada, garantindo oxigenação adequada durante todas as fases do cuidado da anestesia.

Determinar perda de sangue aceitável e administrá-lo se necessário.

Calcular as necessidades corretas de líquido e administrá-las de forma intravenosa, conforme indicação.

Monitorar sinais vitais, adequação respiratória e circulatória, reação à anestesia e outros parâmetros fisiológicos; medir e avaliar valores laboratoriais apropriados.

Administrar fármacos adjuntos e líquidos necessários para controle do anestésico, para manter a homeostase fisiológica e corrigir reações adversas ou desfavoráveis à anestesia e à cirurgia.

Providenciar proteção para os olhos.

Investigar e controlar clinicamente as emergências resultantes da anestesia, administrando os medicamentos, líquidos e suporte ventilatório indicados.

Transferir o paciente para a unidade de cuidados pós-anestesia ou intensivos, com monitoramento e oxigenoterapia apropriados.

Realizar o relatório completo do paciente aos enfermeiros assim que chegar à unidade.

Controlar a dor pós-operatória e os efeitos secundários do anestésico.

Confirmar a recuperação e a estabilidade do paciente no período pós-operatório imediato antes de transferir o atendimento.

Realizar avaliação e acompanhamento pós-anestésico e cuidados relativos aos efeitos e às complicações secundárias à anestesia após a alta da sala de recuperação.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

American Association of Nurse Anesthetists. Professional practice manual for the certified registered nurse anesthetist. Park Ridge, IL: American Association of Nurse Anesthetists, 2006.

Barash P.G., Cullen B.F., Stoeling R.K. Handbook of clinical anesthesia. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1989.

Waugaman W.R., Foster S.D., Rigor B.M. Principles and practice of nurse anesthesia. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.

Cuidados Pós-ANESTESIA (2870)

Definição: Monitoramento e tratamento de paciente que, recentemente, recebeu anestesia geral ou local.

Atividades:

Revisar alergias do paciente, inclusive ao látex.

Administrar oxigênio como convier.

Monitorar a oxigenação.

Ventilar como convier.

Monitorar a qualidade e o número de respirações.

Encorajar o paciente a respirar profundamente e a tossir.

Obter relatório do enfermeiro da sala cirúrgica e do anestesista/anestesiologista.

Monitorar e registrar os sinais vitais, inclusive levantamento da dor, a cada 15 minutos ou com mais frequência, conforme apropriado.

Monitorar a temperatura.

Administrar medidas de aquecimento (cobertores aquecidos, cobertor de convexão) se necessário.

Monitorar a eliminação urinária.

Providenciar medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor se necessário.

Administrar antiemético se prescrito.

Administrar antagonistas narcóticos, conforme apropriado, conforme o protocolo da instituição.

Fazer contato com o médico, como convier.

Monitorar o nível anestésico intratecal.

Monitorar o retorno da função sensorial e motora.

Monitorar o estado neurológico.

Monitorar o nível de consciência.

Providenciar cobertores aquecidos, como convier.

Interpretar os exames diagnósticos, como convier.

Checar o prontuário médico do paciente para determinar sinais vitais básicos, como convier.

Comparar o estado atual com o anterior, detectando melhoras e pioras na condição do paciente.

Oferecer estímulos verbais ou tácteis, como convier.

Administrar medicação IV para controle de tremores, conforme o protocolo da agência.

Monitorar o local da cirurgia, como convier.

Restringir movimentos do paciente, como convier.

Ajustar a cama como convier.

Oferecer privacidade como convier.

Oferecer apoio emocional ao paciente e aos familiares, como convier.

Determinar a condição do paciente para a alta.

Providenciar que o relatório do paciente chegue à unidade de enfermagem pós-operatória.

Dar alta ao paciente para o nível seguinte de cuidados.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Society of Post-Anesthesia Nurses. The standards of perianesthesia nursing practice. Cherry Hill, NJ: Author, 2002.

Brenner A.R. Preventing postoperative complications: What's old, what's new, what's tried-and-true. *Nursing Management*. 2000;31(12):17-23.

Burdern N., editor. Ambulatory surgical nursing, 2nd ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

Litwack K. Core curriculum for perianesthesia nursing practice, 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999.

Wilson M. Giving postanesthesia care in the critical care unit. *Dimensions in Critical Care Nursing*. 2001;19(2):38-43.

Terapia com ANIMAIS (4320)

Definição: Uso proposital de animais para proporcionar afeto, atenção, lazer e relaxamento.

Atividades:

Determinar a aceitação do paciente a animais como agentes terapêuticos.

Determinar se há alergias aos animais.

Ensinar o paciente e a família a finalidade e a justificativa para ter animais em um ambiente de cuidado.

Garantir o cumprimento de padrões de exames, treinamento e tratamento dos animais participantes do programa terapêutico.

Garantir o cumprimento de padrões de manutenção da saúde dos animais participantes do programa terapêutico.

Atender às regras de fiscalização de saúde referentes a animais de instituições.

Desenvolver/possuir um protocolo que estabeleça respostas adequadas a acidentes ou lesões em consequência de contato com animais.

Oferecer a terapia com animais a paciente, por meio de cães, gatos, cavalos, cobras, tartarugas, roedores, porquinhos-da-índia e pássaros.

Evitar visitas de animais a pacientes imprevisíveis ou violentos.

Monitorar atentamente visitas de animais a pacientes com condições especiais (p. ex., lesões abertas, pele frágil, múltiplas linhas IV, ou outro equipamento).

Facilitar ao paciente o ato de segurar e acarinhar animais para terapia.

Estimular carinhos repetidos ao animal da terapia.

Facilitar ao paciente a observação de animais para terapia.

Encorajar o paciente a expressar emoções relativas aos animais.

Organizar exercícios para o paciente, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a brincar com os animais da terapia.

Encorajar o paciente a alimentar/cuidar dos animais da terapia.

Fazer com que o paciente e outras pessoas que têm contato com animais lavem as mãos.

Dar oportunidade para lembranças e compartilhamento de experiências passadas com animais de estimação/outros animais.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Barba B.E. The positive influence of animals: Animal assisted therapy in acute care. *Clinical Nurse Specialist*. 1995;9(4):199-202.

Cole K.M. Animal-assisted therapy. In: Bulechek G.M., Dochterman J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:508-519.

Giuliano K., Bloniasz E., Bell J. Implementation of a pet visitation program in critical care. *Critical Care Nurse*. 1999;19(3):43-50.

Johnson R.A. Commentary: Human-animal interaction research as an area of inquiry in nursing. *Western Journal of Nursing Research*. 2002;24(6):713-715.

Jorgenson J. Therapeutic use of companion animals in health care. *Imagec*. 1997;29(3):249-254.

Owen O.G. Paws for thought. *Nursing Times*. 2001;97(9):28-29.

Redução da ANSIEDADE (5820)

Definição: Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.

Atividades:

Usar abordagem calma e tranquilizadora.

Esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente.

Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento.

Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação temida.

Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo.

Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme apropriado.

Oferecer objetos que simbolizem segurança.

Massagear as costas/pescoço, conforme apropriado.

Encorajar atividades não competitivas, conforme apropriado.

Manter os equipamentos fora do alcance de visão do paciente.

Escutar o paciente com atenção.

Reforçar comportamentos, conforme apropriado.

Criar uma atmosfera que facilite a confiança.

Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos.

Identificar mudanças no nível de ansiedade.

Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão.

Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade.

Controlar os estímulos às necessidades do paciente, conforme apropriado.

Apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados.

Auxiliar o paciente a articular uma descrição real de um evento iminente.

Determinar a capacidade do paciente para tomar decisões.

Orientar o paciente sobre uso de técnicas de relaxamento.

Administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.

Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Badger J.M. Calming the anxious patient. *American Journal of Nursing*. 1994;94(5):46-50.

Noud R.B., Lee K. Anxiety disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:374-419.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Melhora do Sistema de APOIO (5440)

Definição: Facilitação de suporte ao paciente pela família, os amigos e a comunidade.

Atividades:

Levantar dados sobre a reação psicológica à situação e a disponibilidade de um sistema de apoio.

Determinar a adequação das redes sociais existentes.

Identificar o grau de apoio da família.

Identificar o grau de suporte financeiro da família.

Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso.

Determinar as barreiras ao uso de sistemas de apoio.

Monitorar a situação familiar atual.

Encorajar o paciente a participar de atividades sociais e comunitárias.

Encorajar as relações com pessoas com interesses e metas comuns.

Encaminhar a grupo de autoajuda, conforme apropriado.

Levantar dados sobre a adequação dos recursos da comunidade para identificar elementos positivos e negativos.

Encaminhar a programa de promoção/prevenção/tratamento/reabilitação com base na comunidade, conforme apropriado.

Oferecer serviços de maneira carinhosa e apoiadora.

Envolver a família/pessoas significativas/amigos nos cuidados e no planejamento.

Explicar como ajudar a outros com preocupações.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Pfleiderer S. Using friends as a social support system for children. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:201-212.

Pfe A.M., Perez-Woods R.C. Providing support. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:181-200.

Melhora da Disposição para APRENDER (5540)

Definição: Promoção de melhora da capacidade e do desejo de receber informações.

Atividades:

Oferecer um ambiente isento de ameaças.

Estabelecer comunicação.

Determinar a credibilidade do orientador, conforme apropriado.

Maximizar a condição hemodinâmica do paciente para facilitar a oxigenação do cérebro (p. ex., posicionamento e ajustes na medicação), conforme apropriado.

Satisfazer às necessidades fisiológicas básicas do paciente (p. ex., fome, sede, calor e oxigênio).

Reduzir o nível de cansaço do paciente, conforme apropriado.

Controlar a dor do paciente, conforme apropriado.

Evitar o uso de medicamentos capazes de alterar a percepção do paciente (p. ex., narcóticos e hipnóticos), conforme apropriado.

Monitorar o nível de orientação/confusão do paciente.

Aumentar a orientação do paciente para a realidade, conforme apropriado.

Maximizar o incremento sensorial com o uso de óculos, aparelho auditivo etc., conforme apropriado.

Minimizar o grau de sobrecarga/deficiência de carga sensorial, conforme apropriado.

Satisfazer às necessidades de segurança do paciente (p. ex., proteção, controle e familiaridade), conforme apropriado.

Monitorar o estado emocional do paciente.

Auxiliar o paciente a lidar com emoções intensas (p. ex., ansiedade, luto e raiva), conforme apropriado.

Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações.

Oferecer tempo ao paciente para fazer perguntas e conversar sobre preocupações.

Lidar com as preocupações específicas do paciente, conforme apropriado.

Estabelecer um ambiente de aprendizagem que estabeleça contato o mais rápido possível com o paciente.

Facilitar a aceitação da situação pelo paciente, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a desenvolver confiança na própria capacidade, conforme apropriado.

Contar com a participação da família/pessoas significativas, conforme apropriado.

Explicar como as informações auxiliarão o paciente a alcançar as metas, conforme apropriado.

Explicar como experiências desagradáveis do passado do paciente em termos de saúde diferem da situação atual, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a perceber a gravidade da doença, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a reconhecer as opções de tratamento existentes, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a conscientizar-se da suscetibilidade às complicações, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a conscientizar-se da capacidade de evitar doenças ou condições, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a reconhecer a capacidade de controlar a progressão da doença, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a perceber que a situação atual é diferente de alguma situação anterior estressante, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a imaginar ações alternativas de menor risco ao estilo de vida, conforme apropriado.

Providenciar um elemento desencadeante ou indicados (p. ex., comentários motivadores/justificativas e novas informações) visando uma ação apropriada, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Bastable S.B. *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2003.

Craven R.F., Hirnle C.J. Client education. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:361-378.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:445-468.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Redman B.K. Assessment of motivation to learn & the need for patient education. In: Redman B.K., editor. *The process of patient education*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1993:16-43.

Definição: Promoção da capacidade de processar e entender informações.

Atividades:

Iniciar a instrução somente após o paciente demonstrar prontidão para aprender.

Estabelecer metas recíprocas e realistas de aprendizagem com o paciente.

Identificar os objetivos de aprendizagem com clareza e em termos mensuráveis/observáveis.

Adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente.

Adaptar o conteúdo às capacidades/dificuldades cognitivas, psicomotoras e/ou afetivas do paciente.

Oferecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento do paciente.

Proporcionar um ambiente favorável à aprendizagem.

Organizar as informações em sequência lógica.

Organizar as informações das mais simples às complexas, das conhecidas para as desconhecidas, ou das concretas às abstratas, conforme apropriado.

Distinguir conteúdos „críticos” e „desejáveis”.

Adaptar as informações para que atendam ao estilo de vida/rotinas do paciente.

Relacionar as informações aos desejos/necessidades pessoais do paciente.

Oferecer informações coerentes com os valores/crenças do paciente.

Oferecer informações compatíveis com a situação do paciente.

Assegurar que o material seja atualizado e esteja acompanhando as últimas tendências.

Oferecer materiais educativos que exemplifiquem informações importantes e/ou complicadas.

Usar múltiplas modalidades de ensino, conforme apropriado.

Usar linguagem familiar.

Definir termos desconhecidos.

Relacionar novos conteúdos a conhecimentos anteriores, conforme apropriado.

Apresentar as informações de forma estimulante.

Apresentar o paciente a pessoas que passaram por experiências semelhantes.

Encorajar a participação ativa do paciente.

Oferecer instrução de acordo com o ritmo do paciente, quando possível.

Evitar o estabelecimento de limites de tempo.

Oferecer o tempo adequado para o domínio do conteúdo, conforme apropriado.

Fazer sessões curtas de ensino, conforme apropriado.

Simplificar as instruções, conforme apropriado.

Repetir informações importantes.

Oferecer dicas/lembretes verbais, conforme apropriado.

Oferecer auxílio mnemônico, conforme apropriado.

Evitar a exigência de raciocínio abstrato se o paciente for capaz de raciocinar somente em termos concretos.

Assegurar que informações consistentes estão sendo oferecidas por vários membros da equipe de saúde.

Usar demonstração e solicitar retorno da demonstração, conforme apropriado.

Dar oportunidade para a prática, conforme apropriado.

Oferecer *feedback* frequente sobre o progresso da aprendizagem.

Corrigir interpretações erradas das informações, conforme apropriado.

Reforçar o comportamento, conforme apropriado.

Oferecer tempo para que o paciente faça perguntas e discuta sobre suas preocupações.

Responder às perguntas com clareza e de maneira concisa.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Bastable S.B. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2003.

Craven R.F., Hirnle C.J. Client education. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:361-378.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:445-468.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

AROMATERAPIA (1330)

Definição: Administração de óleos essenciais por meio de massagem, unguentos ou loções tópicos, banhos, inalação, duchas ou compressas (quentes ou frias) para acalmar, propiciar alívio à dor e intensificar o relaxamento e o conforto.

Atividades:

Obter consentimento verbal para uso da aromaterapia.

Selecionar óleo essencial apropriado ou combinação de óleos essenciais para obter o resultado desejado.

Determinar a reação individual ao aroma escolhido (p. ex., gosta *versus* não gosta) antes do uso.

Usar o conhecimento, o treinamento e a filosofia para fundamentar o uso de óleos essenciais, modo de ação e todas as contraindicações.

Monitorar o indivíduo quanto a desconforto e náusea antes e após a administração.

Diluir os óleos essenciais com os óleos transportadores antes do uso tópico.

Monitorar a ocorrência de dermatite de contato associada a possível alergia a óleos essenciais.

Monitorar a ocorrência de exacerbação da asma com o uso de óleos essenciais, conforme apropriado.

Orientar o indivíduo sobre as finalidades e a aplicação da aromaterapia, conforme apropriado.

Monitorar os sinais vitais no início e no decorrer da terapia, conforme apropriado.

Monitorar o indivíduo quanto a relato do nível de estresse, humor e ansiedade, antes e após a terapia, conforme apropriado.

Administrar óleo essencial usando métodos apropriados (p. ex., massagem, inalação) em áreas adequadas do corpo (p. ex., pés e costas).

Documentar a reação fisiológica à aromaterapia, conforme apropriado.

Avaliar e documentar a reação à aromaterapia.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Bryan-Brown C.W., Dracup K. Alternative therapies. *American Journal of Critical Care*. 1995;4(6):416-418.

Buckle J. Clinical aromatherapy and touch: Complementary therapies for nursing practice. *Critical Care Nurse*. 1998;18(5):54-61.

Buckle J. The role of aromatherapy in nursing care. *Nursing Clinics of North America*. 2001;36(1):57-72.

Cooke B., Ernst E. Aromatherapy: A systematic review. *British Journal of General Practice*. 2000;50(455):493-496.

Dunn C., Sleep J., Collett D. Sensing an improvement: An experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;21(1):34-40.

Petersen D. Aromatherapy: Psychological effects of essential oils. *Alternative Therapies in Clinical Practice*. September/October 1997;4(5):165-167.

Stevensen C.J. The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. *Complementary Therapies in Medicine*. 1994;2(1):27-35.

Fate S. Peppermint oil: A treatment for postoperative nausea. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(3):543-549.

Wheeler Robins J.L. The science and art of aromatherapy. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17(1):5-17.

Controle de ARRITMIAS (4090)

Definição: Prevenção, reconhecimento e facilitação do tratamento de ritmos cardíacos anormais.

Atividades:

Determinar com o paciente e a família o histórico de doença e arritmias cardíacas.

Monitorar e corrigir a ocorrência de déficits de oxigênio, desequilíbrios ácido-básicos e desequilíbrios eletrolíticos capazes de precipitar arritmias.

Colocar eletrodos ECG e conectar a monitor cardíaco.

Ajustar os parâmetros de alarme no monitor do ECG.

Garantir o monitoramento constante do ECG junto ao leito por pessoas qualificadas.

Monitorar mudanças no ECG que aumentem o risco de surgimento de arritmia: intervalo QT prolongado, contraturas ventriculares prematuras frequentes e ectopia próxima à onda T.

Facilitar a aquisição de ECG com 12 derivações, conforme apropriado.

Anotar as atividades associadas à ocorrência de arritmias.

Anotar a frequência e a duração da arritmia.

Monitorar a resposta hemodinâmica à arritmia.

Determinar se o paciente tem dor no peito ou síncope associada à arritmia.

Garantir o acesso a medicação de emergência para arritmia.

Iniciar e manter o acesso IV, conforme apropriado.

Administrar Suporte Avançado de Vida, conforme indicação.

Administrar líquidos IV e agentes vasoconstritores prescritos, conforme indicação, para facilitar a perfusão tissular.

Auxiliar na inserção de marca-passo transitório ou externo temporário, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente e à família os riscos associados à(s) arritmia(s).

Preparar o paciente e a família para testes diagnósticos (p. ex., cateterismo cardíaco ou testes fisiológicos elétricos).

Auxiliar o paciente e a família a compreenderem as opções de tratamento.

Ensinar o paciente e a famílias sobre as ações e os efeitos secundários dos medicamentos prescritos.

Ensinar ao paciente e a famílias os comportamentos de autocuidado associados ao uso de marcapassos permanentes e de dispositivos CDI (desfibrilador cardíaco automático implantável ou desfibrilador cardioversor automático implantável), conforme indicação.

Ensinar ao paciente e à família medidas para reduzir o risco de recorrência da arritmia(s).

Ensinar ao paciente e à família forma de acessar o sistema médico de emergência.

Ensinar RCP (reanimação cardiopulmonar) a membro da família, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- American Heart Association. Electric therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation*. 2005;112(24):35-46.
- American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl. 1):IV1-IV211.
- Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
- Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

ARTETERAPIA (4330)

Definição: Promoção da comunicação por meio de desenhos ou outras formas de arte.

Atividades:

Oferecer materiais para arte adequados ao nível de desenvolvimento e metas da terapia.

Proporcionar ambiente silencioso, livre de interrupções.

Discutir com o paciente a descrição do desenho ou criação artística.

Oferecer uma superfície lisa e plana para desenhar.

Despender tempo com o paciente durante o uso do meio artístico.

Observar a proximidade do paciente com o meio artístico (p. ex., hesitante, meticuloso ou agressivo).

Registrar os comentários verbais feitos pelo paciente durante a arteterapia.

Registrar as observações feitas sobre a abordagem da arteterapia.

Encorajar o paciente a descrever o desenho ou criação artística.

Registrar a interpretação dos desenhos ou criação artística feitos pelo paciente.

Discutir com o paciente sobre o que ele desenhou usando abordagem direta ou indireta, conforme apropriado.

Identificar os temas no trabalho artístico coletado durante certo tempo.

Copiar o trabalho artístico do paciente para registro nos arquivos, conforme a necessidade e a conveniência.

Usar desenhos da figura humana para determinar o autoconceito do paciente.

Usar desenhos cinestésicos da família (*Kinetic Family Drawings*) para determinar padrões de interação familiar.

Usar os desenhos para determinar os efeitos de eventos estressantes (p. ex., hospitalização, divórcio ou abuso) no paciente.

Comparar o trabalho artístico com o nível de desenvolvimento do paciente.

Interpretar o significado dos aspectos importantes dos desenhos incorporando dados da investigação do paciente e literatura sobre arteterapia.

Evitar a leitura de significado dos desenhos antes de obter um histórico completo, desenhos iniciais e uma coleção de desenhos feitos durante certo período.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Denehy J.A. Communicating with children through drawings. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:111-126.

Kus R.J., Miller M.A. Art therapy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:392-402.

Lane M.R. Creativity and spirituality in nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2005;19(3):122-125.

Controle da ASMA (3210)

Definição: Identificação, tratamento e prevenção de reações a inflamação/constricção das vias aéreas.

Atividades:

Determinar a condição inicial para usar como elemento comparativo.

Documentar os dados iniciais em prontuário clínico.

Comparar a condição atual com a anterior para detectar mudanças no estado respiratório.

Obter medidas da espirometria (FEV₁, CVF, proporção FEV₁/CVF) antes e após o uso de um broncodilatador de ação breve.

Monitorar a taxa do fluxo expiratório de pico (PERF), conforme apropriado.

Educar o paciente sobre o uso de medidor PERF em casa.

Monitorar reações asmáticas.

Determinar a compreensão que o paciente/família tem em relação à doença e seu controle.

Orientar o paciente/família sobre medicamentos anti-inflamatórios e broncodilatadores e seu uso correto.

Ensinar técnicas apropriadas para uso de medicamento e equipamento (p. ex., inalador, nebulizador, medidor de fluxo de pico).

Determinar a adesão aos tratamentos prescritos.

Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre o diagnóstico, tratamento e impacto sobre o modo de vida.

Identificar os desencadeadores conhecidos e a reação usual.

Ensinar o paciente a identificar e evitar os desencadeadores, quando possível.

Estabelecer com o paciente um plano escrito para o controle de exacerbações.

Auxiliar a reconhecer sinais/sintomas de reação asmática iminente e implementar medidas apropriadas às reações.

Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços respiratórios.

Observar início, características e duração da tosse.

Observar movimento torácico, inclusive simetria, uso de músculos acessórios e tiragens supraclavicular e intercostal.

Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída/ausente e sons adventícios.

Administrar medicamentos conforme apropriado e/ou conforme diretrizes e protocolos.

Auscultar sons pulmonares após o tratamento para determinar os resultados.

Oferecer líquidos quentes para beber, conforme apropriado.

Orientar sobre técnicas de respiração/relaxamento.

Usar abordagem calma e tranquilizadora durante uma crise de asma.

Informar o paciente/família sobre a política e os procedimentos em caso de porte e administração de medicamentos para asma na escola.

Informar os pais/responsáveis sobre o momento em que a criança precisou/usou medicamento na escola, conforme apropriado.

Encaminhar para investigação médica, conforme apropriado.

Estabelecer agenda regular para cuidado de acompanhamento.

Orientar e monitorar os funcionários pertinentes na escola sobre procedimentos de emergência.

Prescrever e/ou renovar os medicamentos para asma, conforme apropriado.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Pediatric asthma: Promoting best practice. Guide for managing asthma in children. Milwaukee, WI: Author, 1999.

National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 2. Guidelines for diagnosis and management of asthma. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1997. (NIH Publication No. 97-4051)

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Silkworth C.K., IHP: Asthma. Haas M.K., editor. *The school nurse's source book of individualized healthcare plans*. 1 North Branch, MN: Sunrise River Press; 1993;133-150.

Szilagyi P., Kemper K. Management of chronic childhood asthma in the primary care office. *Pediatric Annals*. 1999;28(1):43-52.

University of Michigan Health System. Asthma: Guidelines for clinical care. 2000. Available on line: <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/asthma05.pdf>.

Yoos H.L., McMullen A. Symptom monitoring in childhood asthma: How to use a peak flow meter. *Pediatric Annals*. 1999;28(1):31-39.

Precauções contra ASPIRAÇÃO (3200)

Definição: Prevenção ou redução de fatores de risco em paciente com risco de aspiração.

Atividades:

Monitorar o nível de consciência, o reflexo de tosse, reflexo do vômito e capacidade de deglutir.

Monitorar a condição pulmonar.

Manter uma via aérea.

Posicionar o paciente em decúbito de 90 graus ou o mais alto possível.

Manter inflado o balonete traqueal.

Manter disponível o aparelho de aspiração.

Alimentar o paciente em pequenas quantidades.

Verificar o posicionamento da sonda nasogástrica e da gastrostomia antes de alimentar o paciente.

Verificar o resíduo da sonda nasogástrica ou da gastrostomia antes de alimentar o paciente.

Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual.

Colocar „corante” na alimentação da sonda NG.

Evitar líquidos ou uso de agente espessante.

Oferecer alimentos ou líquidos que possam formar conteúdo semiespesso antes de engolir.

Cortar os alimentos em pedaços pequenos.

Solicitar medicação sob a forma de elixir.

Fragmentar ou esmagar os comprimidos antes da administração.

Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 minutos após a refeição.

Sugerir consulta com fonoaudiólogo, conforme apropriado.

Sugerir a deglutição de biscoito com bário, ou fluoroscopia com vídeo, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

American Nurses' Association Council in Medical-Surgical Nursing Practice & American Association of Neuroscience Nurses. Neuroscience nursing practice: Process and outcome for selected diagnoses. Kansas City, MO: Author, 1985.

Evans-Smith P. Taylor's clinical nursing skills. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, and interventions. St. Louis, MO: Mosby; 2001:167-168.

Sands J.A. Incidence of pulmonary aspiration in intubated patients receiving enteral nutrition through wide and narrow-bore nasogastric feeding tubes. *Heart & Lung*. 1991;20(1):75-80.

Schwartz-Cowley R., Gruen A.K. Swallowing dysfunction in patients with altered mobility. In: Mitchell P.H., Hodges L.C., Muwaswes M, Walleck C, editors. *AANN's neuroscience nursing*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1988:345-357.

Taylor T. A comparison of two methods of nasogastric tube feedings. *Journal of Neurosurgical Nursing*. 1982;14(1):49-55.

Treinamento da ASSERTIVIDADE (4340)

Definição: Auxílio na expressão efetiva dos sentimentos, necessidades e ideias, ao mesmo tempo que respeita os direitos dos outros.

Atividades:

Determinar barreiras à assertividade (p. ex., estágio de desenvolvimento, doença crônica ou psiquiátrica e socialização feminina).

Ajudar o paciente a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade.

Distinguir entre comportamento assertivo, agressivo e passivo-agressivo.

Ajudar a identificar direitos pessoais, responsabilidades e normas conflitantes.

Ajudar a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais.

Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos.

Ajudar a identificar pensamentos autodestruidores.

Auxiliar o paciente a distinguir entre a imaginação e a realidade.

Orientar o paciente sobre as diferentes formas de agir com assertividade.

Orientar o paciente sobre estratégias de prática do comportamento assertivo (p. ex., fazer solicitações, dizer não a

solicitações não razoáveis e iniciar e concluir conversações).

Facilitar oportunidades de prática, usando a discussão, modelagem e desempenho de papéis.

Auxiliar a prática de habilidades de conversação e socialização (p. ex., uso de declarações em primeira pessoa, comportamentos não verbais, franqueza e cumprimentos de aceitação).

Elogiar as tentativas de expressão de sentimentos e ideias.

Monitorar o nível de ansiedade e desconforto relativo a mudanças de comportamento.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Barker P. Breaking the shell. *Nursing Times*. 1990;86(46):36-38.

Craven R.F., Hirnle C.J. *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:1311.

Chitty K.K. Mood disorders. In: Kneisl C.R., Wilson H.S., Trigoboff E, editors. *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2004:334-365.

Pointer P., Lancaster J. Assertiveness. In: Stanhope M, Lancaster J, editors. *Community health nursing*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1988:609-625.

Sadler A.G. Assertiveness training. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1985:234-254.

Smith K.E., Schreiner B., Jackson C., Travis L.B. Teaching assertive communication skills to adolescents with diabetes: Evaluation of a camp curriculum. *The Diabetes Educator*. 1993;19(2):136-141.

Melhora da AUTOCOMPETÊNCIA (5395)

Definição: Fortalecimento da confiança do indivíduo em sua capacidade de desempenhar um comportamento de saúde.

Atividades:

Investigar a percepção do indivíduo de sua capacidade de desempenhar um comportamento desejado.

Investigar a percepção do indivíduo dos benefícios decorrentes da execução do comportamento desejado.

Identificar a percepção individual dos riscos por não executar o comportamento desejado.

Identificar as barreiras à mudança do comportamento.

Informar sobre o comportamento desejado.

Ajudar o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar comportamentos.

Reforçar a confiança na realização de mudanças de comportamento e nas ações.

Proporcionar um ambiente que apoie a aprendizagem de conhecimentos e habilidades necessários para a realização do comportamento.

Usar estratégias de ensino culturalmente adequadas e de acordo com a idade (p. ex., jogos, instrução auxiliada pelo computador ou mapas de diálogo).

Modelar/demonstrar o comportamento desejado.

Envolver-se no desempenho dos papéis para ensaiar o comportamento.

Oferecer reforço positivo e apoio emocional durante o processo de aprendizagem e enquanto implementa o comportamento.

Oportunizar o domínio das experiências (p. ex., implementação bem-sucedida do comportamento).

Usar declarações positivas de persuasão sobre a capacidade individual de executar o comportamento.

Estimular a interação com outras pessoas que, com sucesso, estejam modificando o comportamento (p. ex., participação em grupo de apoio ou em educação de grupo).

Preparar o indivíduo para o estado fisiológico e emocional que ele pode vivenciar durante as primeiras tentativas de realizar um novo comportamento.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman, 1997.

Fisher K. School nurses' perceptions of self-efficacy in providing diabetes care. *Journal of School Nursing*. 2006;22(4):223-228.

Lau-Walker M. A conceptual care model for individualized care approach in cardiac rehabilitation -combining both illness representation and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*. 2006;11:103-117.

Litarowsky J.A., Murphy S.O., Canham D.L. Evaluation of an anaphylaxis training program for unlicensed assistive personnel. *Journal of School Nursing*. 2004;20(3):279-284.

Long J.D., Stevens K.R. Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004;36(2):34-129.

Pender N.J., Murdaugh C.L., Parsons M.A. Health promotion in nursing practice, 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2002.

Assistência no AUTOCUIDADO (1800)

Definição: Assistência ao outro na realização de atividades da vida diária.

Atividades:

Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente.

Monitorar a necessidade do paciente de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, colocação da roupa, arrumação da aparência, higiene íntima e alimentação.

Proporcionar um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência de calor, relaxamento, privativa e personalizada.

Oferecer os artigos pessoais desejados (p. ex., desodorante, escova de dentes, sabonete).

Dar assistência até que o paciente esteja completamente capacitado a assumir o autocuidado.

Ajudar o paciente a aceitar as necessidades de dependência.

Usar a repetição constante de rotinas de saúde como forma de estabelecê-las.

Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade.

Encorajar a independência, mas interferir quando o paciente tiver dificuldades no desempenho.

Ensinar pais/familiares a encorajarem a independência, a interferirem apenas quando o paciente não consegue realizar as coisas.

Estabelecer uma rotina para as atividades de autocuidado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Armer J.M., Conn V.S., Decker S.A., Tripp-Reimer T. Self-care deficit. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., Tripp-Reimer T., Titler M., Specht J., editors.

Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions. St. Louis, MO: Mosby; 2001:366-384.

Hall G.R., Buckwalter K.C. Evidence-based protocol: Bathing persons with dementia. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological

Nursing Interventions Research Center, 2001.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S.J. Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Assistência no AUTOCUIDADO: alimentação (1803)

Definição: Assistência a paciente na alimentação.

Atividades:

Monitorar a capacidade de deglutir do paciente.

Identificar a dieta prescrita.

Arrumar a bandeja com os alimentos e a mesa de maneira atrativa.

Criar um ambiente agradável durante as refeições (p. ex., esconder comadres, urinol e equipamento de sucção).

Garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição.

Oferecer assistência física, se necessário.

Oferecer alívio adequado à dor antes das refeições, conforme apropriado.

Providenciar higiene oral antes das refeições.

Prender os alimentos à bandeja, facilitando cortes de carne ou retirada de casca de ovo.

Abrir os alimentos embalados.

Evitar colocar os alimentos no lado comprometido da pessoa.

Descrever a posição dos alimentos na bandeja a pessoas com deficiências visuais.

Colocar o paciente em posição confortável para comer.

Proteger com babadouro, conforme apropriado.

Oferecer canudo para beber, se necessário ou desejado.

Oferecer os alimentos à temperatura mais agradável.

Oferecer os alimentos e as bebidas preferidos, conforme apropriado.

Monitorar o peso do paciente, conforme apropriado.

Monitorar o estado de hidratação do paciente, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a comer na sala de refeições, se possível.

Proporcionar interação social, conforme apropriado.

Proporcionar dispositivos de adaptação para facilitar que o paciente se alimente sozinho (p. ex., cabos mais compridos, circunferências maiores, ou pequeno canudo nos utensílios), se necessário.

Usar uma xícara com pegador grande, se necessário.

Usar pratos e copos pesados e inquebráveis, se necessário.

Proporcionar indicadores e supervisão frequentes, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Evans N.J. Feeding. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:48-60.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S.J. *Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Smith S.F., Duell D.J., Martin B.C. *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills*, 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Assistência no AUTOCUIDADO: atividades essenciais da vida diária (1805)

Definição: Assistência e instruções à pessoa para que faça as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) necessárias ao funcionamento em casa ou na comunidade.

Atividades:

Determinar a necessidade de assistência pelo indivíduo com as atividades instrumentais da vida diária (p. ex., compras, cozinha, limpeza da casa, lavagem de roupas, uso de transporte, controle do dinheiro, controle de medicamentos, uso da comunicação e uso do tempo).

Determinar as necessidades de mudanças relativas à segurança no ambiente doméstico (p. ex., espaços das portas maiores, permitindo passagem de cadeira de rodas, acesso a banheiro, retirada de tapetes soltos).

Determinar as necessidades de melhorias na casa que compensem as deficiências (p. ex., números maiores nos telefones, aumento do volume do telefone, lavanderia e outras instalações no piso principal, corrimão em corredores, barras de apoio nos banheiros).

Organizar métodos de contato com pessoas de apoio e assistência (p. ex., telefone direto para emergências; lista de telefones da polícia, bombeiros, controle toxicológico e assistência em geral).

Orientar o indivíduo sobre métodos alternativos de transporte (p. ex., ônibus e horários dos ônibus, táxis, transporte municipal ou regional para deficientes).

Providenciar técnicas para melhorar a cognição (p. ex., calendários atualizados, listas muito legíveis e compreensíveis, como horários dos medicamentos, relógios de fácil visualização).

Conseguir melhorias de transporte para compensar deficiências (p. ex., controles manuais em carros, espelho maior na parte de trás dos carros), conforme apropriado.

Conseguir instrumentos auxiliares para atividades cotidianas (p. ex., capacidade de alcançar objetos em armários de cozinha, roupeiros, prateleiras ou tampo de fogões, dentro de refrigerador, além da capacidade de fazer funcionar eletrodomésticos, como fogões e micro-ondas).

Determinar os recursos financeiros e as preferências pessoais referentes a mudanças em casa ou no carro.

Orientar o indivíduo a usar roupas com mangas curtas ao cozinhar.

Checar a adequação das luzes em toda a casa, em especial, áreas de trabalho (p. ex., cozinha, banheiro) e à noite (p. ex., luzes noturnas localizadas em pontos adequados).

Orientar a pessoa para não fumar na cama ou enquanto reclinada em poltrona, ou após tomar medicação que altere a mente).

Checar a presença de equipamento de segurança em casa (p. ex., detectores de fumaça, detectores de monóxido de carbono, extintores de incêndio, ajuste da água quente a 35° C).

Determinar se a receita mensal da pessoa é suficiente para cobrir as despesas usuais.

Conseguir dispositivos ou técnicas de segurança visual (p. ex., bordas pintadas em escadas com tinta amarela brilhante, reorganização do mobiliário para permitir o andar em segurança, redução de peças amontoadas em corredores da casa, superfícies antiderrapantes instaladas em chuveiros e banheiras).

Auxílio à pessoa para que estabeleça métodos e rotinas para cozinhar, limpar e fazer compras.

Orientação à pessoa e ao cuidador sobre como agir diante de queda ou outra lesão pessoal (p. ex., o que fazer, como ter acesso a serviços de emergência, como evitar outra lesão).

Determinar se a capacidade física ou cognitiva está estável ou diminuindo e reagir às mudanças em ambas de forma correta.

Consultar fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional sobre formas de lidar com a deficiência física.

Orientar a pessoa auxiliar a realizar, de forma correta, o estabelecimento das tarefas, para que a pessoa possa realizá-las (p. ex., cortar verduras para que a pessoa possa usá-las para cozinhar, colocar as roupas a serem vestidas no dia em local de fácil alcance, retirar itens comprados das embalagens, colocando-os em prateleiras para armazenagem).

Oferecer o recipiente adequado para objetos cortantes usados, conforme apropriado.

Orientar a pessoa sobre a armazenagem correta e segura dos medicamentos.

Orientar a pessoa sobre o uso correto de equipamento de monitoramento (p. ex., dispositivo de monitoramento da glicose, bisturis).

Orientar a pessoa sobre métodos adequados de colocar curativos em ferimentos e descartar curativos sujos.

Checar se a pessoa consegue abrir os recipientes dos medicamentos.

Encaminhar a serviços para a família e comunitários, se necessário.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Assistência no AUTOCUIDADO: banho/higiene (1801)

Definição: Assistência a paciente para que faça a higiene pessoal.

Atividades:

Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Determinar quantidade e tipo de assistência necessários.

Colocar toalhas, sabonete, desodorante, material de barba e outros acessórios necessários à cabeceira ou no banheiro.

Providenciar os itens pessoais desejados (p. ex., desodorante, escova de dentes, sabonete de banho, xampu, loção e produtos para aromaterapia).

Oferecer um ambiente terapêutico, garantindo uma experiência de calor, relaxamento, privada e personalizada.

Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, conforme apropriado.

Facilitar que o paciente tome o banho sozinho, conforme apropriado.

Monitorar a limpeza das unhas conforme a capacidade de autocuidado do paciente.

Monitorar a integridade da pele do paciente.

Manter rituais de higiene.

Facilitar a manutenção das rotinas normais do paciente à hora de dormir, indicadores/estimuladores pré-sono e objetos conhecidos (p. ex., no caso de crianças, um cobertor/brinquedo preferido, ato de embalar, chupeta ou relato de história; para um adulto, livro para ler ou o próprio travesseiro), conforme apropriado.

Incorajar pais/familiares a participarem dos rituais normais à hora de dormir, conforme apropriado.

Oferecer assistência até que o paciente fique totalmente capaz de assumir o autocuidado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:696-701.

Hall G.R., Buckwalter K.C. Evidence-based protocol: Bathing persons with dementia. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2001.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S.J. Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Tracy C.A. Higiene assistance. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:24-33.

Assistência no AUTOCUIDADO: transferência (1806)

Definição: Assistência a paciente com limitações aos movimentos independentes para aprender a mudar a localização do corpo.

Atividades:

Revisar o prontuário em busca de ordens de atividade.

Determinar a capacidade atual do paciente para transferir-se (p. ex., nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade para ficar de pé e suportar o peso, instabilidade médica ou ortopédica, nível de consciência, capacidade de cooperar, capacidade para compreender instruções).

Selecionar a técnica de transferência adequada ao paciente.

Orientar o paciente sobre todas as técnicas apropriadas, almejando atingir o maior nível de independência.

Orientar o indivíduo sobre técnicas de transferência de uma área a outra (p. ex., do leito à cadeira, da cadeira de rodas a automóvel).

Orientar o indivíduo quanto ao uso de auxiliares da deambulação (p. ex., muletas, cadeira de rodas, andadores, barras de trapézio, bengala).

Identificar os métodos de prevenção de lesão durante transferências.

Providenciar dispositivos auxiliares (p. ex., barras nas paredes, cordas acopladas à tábua para a cabeça ou os pés para ajudar no movimento até o centro ou as bordas da cama) que sejam úteis ao indivíduo para uma transferência independente, conforme apropriado.

Certificar-se do bom funcionamento do equipamento antes de seu uso.

Demonstrar a técnica, conforme apropriado.

Determinar quantidade e tipo de assistência necessária.

Auxiliar o paciente no recebimento de todo o atendimento necessário (p. ex., higiene pessoal, coleta dos pertences) antes de realizar a transferência, conforme apropriado.

Oferecer privacidade, evitar correntes de ar e preservar o recato do paciente.

Usar mecânica corporal correta durante os movimentos.

Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos.

Erguer e movimentar o paciente com elevador hidráulico, se necessário.

Movimentar o paciente usando prancha para transferência quando necessário.

Usar uma cinta como auxiliar em caso de paciente que consegue se colocar de pé com ajuda, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a deambular usando o corpo como muleta humana, conforme apropriado.

Manter dispositivos de tração durante os movimentos, conforme apropriado.

Avaliar o paciente ao término da transferência quanto ao alinhamento corporal correto, não oclusão de sondas e drenos, roupa de cama com rugas e dobras, pele desnecessariamente exposta, nível de conforto adequado para o paciente, laterais da cama levantadas e campainha ao alcance da mão.

Dar encorajamento ao paciente quando aprender a transferir-se de forma independente.

Documentar o progresso, conforme apropriado.

Quarta edição 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Lewis S.M., Hetkemper M.M., Dirksen S.R. Medical-surgical nursing; Assessment and management of clinical problems. St. Louis, MO: Mosby, 2003.

Perry A.G., Potter P.A. Fundamentals of nursing, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Assistência no AUTOUIDADO: uso de vaso sanitário (1804)

Definição: Auxílio a outra pessoa nas eliminações.

Atividades:

Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Remover as roupas básicas para possibilitar a eliminação.

Ajudar o paciente a chegar ao vaso sanitário/cadeira higiênica/comadre/urinol partido/urinol comum, a intervalos específicos.

Analisar a reação do paciente à falta de privacidade.

Proporcionar privacidade durante a eliminação.

Facilitar a higiene íntima ao final da eliminação.

Recolocar as roupas do paciente após a eliminação.

Dar descarga no vaso sanitário/limpar o utensílio usado na eliminação (cadeira higiênica, comadre).

Instituir uma agenda de eliminação, conforme apropriado.

Orientar o paciente/outras pessoas sobre a rotina de eliminação.

Instituir rondas ao banheiro, conforme apropriado e sempre que necessário.

Providenciar dispositivos auxiliares (p. ex., cateter externo ou urinol), conforme apropriado.

Monitorar a integridade da pele do paciente.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S.J. Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Smith S.F., Duell D.J., Martin B.C. Clinical nursing skills: Basic to advanced skills, 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Assistência no AUTOCUIDADO: vestir/arrumar-se (1802)

Definição: Assistência a paciente com relação às roupas e a aparência.

Atividades:

Levar em conta a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Levar em conta a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.

Informar o paciente sobre as roupas disponíveis para seleção.

Oferecer as roupas de modo que o paciente tenha acesso a elas (p. ex., junto ao leito).

Disponibilizar as próprias roupas, conforme apropriado.

Estar disponível para ajudar a vestir o paciente, se necessário.

Facilitar que o paciente penteie o cabelo, conforme apropriado.

Facilitar ao paciente o barbear-se, conforme apropriado.

Manter a privacidade enquanto o paciente se veste.

Ajudar a amarrar, abotoar e usar fechos, se necessário.

Usar equipamento para alcançar diante de necessidade de puxar as roupas, se for o caso.

Oferecer-se para lavar as roupas, se necessário.

Colocar roupas usadas na lavanderia.

Oferecer-se para pendurar as roupas ou colocá-las na cômoda.

Oferecer-se para enxaguar roupas especiais, como meias de náilon.

Providenciar esmalte para as unhas quando solicitado.

Providenciar itens de maquiagem, se solicitados.

Reforçar as tentativas de vestir-se sozinho.

Facilitar a assistência de um barbeiro ou cabeleireiro, se necessário.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S.J. Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Smith S.F., Duell D.J., Martin B.C. Clinical nursing skills: Basic to advanced skills, 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Fortalecimento da AUTOESTIMA (5400)

Definição: Assistência a paciente para melhorar o julgamento do próprio valor.

Atividades:

Monitorar as declarações de autovalorização do paciente.

Determinar o lócus de controle do paciente.

Determinar a confiança do paciente no próprio julgamento.

Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes.

Encorajar o contato com os olhos na comunicação com os outros.

Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo paciente.

Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do paciente, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a identificar reações positivas dos outros.

Evitar críticas negativas.

Evitar provocações.

Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com a situação.

Ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior.

Auxiliar o paciente a aceitar a dependência dos outros, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a reexaminar percepções negativas de si mesmo.

Encorajar uma maior responsabilidade por si mesmo, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a identificar o impacto do grupo de amigos nos sentimentos de autovalorização.

Investigar conquistas positivas anteriores.

Investigar as razões da autocrítica e da culpa.

Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento.

Encorajar o paciente a aceitar novos desafios.

Recompensar ou elogiar o progresso do paciente na direção das metas.

Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima.

Ajudar o paciente a identificar a importância da cultura, da religião, da raça, do gênero e da idade na autoestima.

Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento de um autoconceito positivo nos filhos.

Orientar os pais a fixar expectativas claras e a definir limites com os filhos.

Ensinar os pais a reconhecer as conquistas dos filhos.

Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas.

Monitorar a falta de acompanhamento no alcance de metas.

Monitorar os níveis de autoestima ao longo do tempo, conforme apropriado.

Fazer declarações positivas sobre o paciente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

- Bunten D. Normal changes with aging. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:519.
- Byers P.H. Enhancing the self-esteem of inpatient alcoholics. *Issues in Mental Health Nursing*. 1990;11(4):337-346.
- Luckmann J., Sorensen K.C. *Medical-surgical nursing*, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.
- Norris J., Kunes-Connell M. Self-esteem disturbance. *Nursing Clinics of North America*. 1985;20(4):745-761.
- Reasoner R.W. Enhancement of self-esteem in children and adolescents. *Family and Community Health*. 1983;6(2):51-63.
- Whall A.L., Parent C.J. Self-esteem disturbance. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnosis and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:480-488.

Facilitação da AUTO-HIPNOSE (5922)

Definição: Ensino e monitoramento do uso de um estado hipnótico autoiniciado para benefício terapêutico.

Atividades:

Determinar se o paciente é um candidato adequado à auto-hipnose.

Usar a auto-hipnose como auxiliar de outras modalidades de tratamento (p. ex., hipnoterapia individual por terapeuta, psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia familiar etc.).

Introduzir o paciente ao conceito de auto-hipnose como modalidade terapêutica.

Identificar com o paciente aqueles problemas/assuntos que podem ser tratados com auto-hipnose.

Conseguir o histórico do problema a ser tratado pela auto-hipnose.

Determinar as metas da auto-hipnose com o paciente.

Determinar a receptividade do paciente ao uso da auto-hipnose.

Corrigir mitos e ideias erradas sobre auto-hipnose.

Garantir que o paciente tenha aceitado o tratamento.

Avaliar a adequação do paciente levantando dados sobre possibilidade de ser sugestionado pela auto-hipnose.

Dar ao paciente um procedimento individualizado para o processo de auto-hipnose que reflita suas necessidades e metas específicas.

Ajudar o paciente a identificar técnicas adequadas de indução (p. ex., ilusão do pêndulo de Chevreul, relaxamento, imaginar-se descendo uma escada, fechamento dos olhos, levitação dos braços, relaxamento muscular simples, exercícios de visualização, atenção à respiração, repetição de palavras-chave/expressões específicas e outros).

Auxiliar o paciente a identificar as técnicas de aprofundamento adequadas (p. ex., movimento de uma mão na direção do rosto, técnica de imaginar uma escalada, fracionamento e outras).

Estimular o paciente a tornar-se proficiente em auto-hipnose praticando a técnica.

Elaborar um contrato para agenda de prática com o paciente, se necessário.

Monitorar a reação do paciente à auto-hipnose, continuamente.

Pedir *feedback* ao paciente relativo a seu conforto com o procedimento e à experiência de auto-hipnose.

Ajudar o paciente a processar e a interpretar o que ocorre em consequência das sessões de auto-hipnose.

Recomendar as mudanças na prática da auto-hipnose pelo paciente (frequência, intensidade, técnicas específicas) com base em sua reação e no nível de conforto.

Auxiliar o paciente a avaliar o progresso realizado na direção das metas terapêuticas.

Quarta edição 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Fontaine K.L. Hypnotherapy and guided imagery. In: Fontaine K.L., editor. *Complementary & alternative therapies for nursing practice*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2005:301-338.

Freeman L. Hypnosis. In: Freeman L., editor. *Mosby's complementary & alternative medicine: A research-based approach*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004:237-274.

Fromm E., Kahn S. Self-hypnosis. The Chicago paradigm. New York: The Guilford Press, 1990.

Lynn S.J., Kirsch I. Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach. Washington, DC: American Psychological Association, 2006.

Rankin-Box D. Hypnosis. In: Rankin-Box D., editor. *The nurse's handbook of complementary therapies*. 2nd ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2001:208-214.

Sanders S. Clinical self-hypnosis. New York: The Guilford Press, 1991.

Zahourek R.P. Clinical hypnosis and therapeutic suggestion in nursing. Orlando, FL: Grune & Stratton, 1985.

Zarren J.I., Eimer B.N. Brief cognitive hypnosis. Facilitating the change of dysfunctional behavior. New York: Springer, 2002.

Assistência na AUTOMODIFICAÇÃO (4470)

Definição: Reforço de uma mudança autodirigida, iniciada pelo paciente, em busca de metas de importância pessoal.

Atividades:

Encorajar o paciente a examinar valores e crenças pessoais e a satisfação em relação a eles.

Avaliar as razões do paciente para desejar a mudança.

Ajudar o paciente a identificar uma meta específica de mudança.

Ajudar o paciente a identificar comportamentos-alvos que precisam de mudança para o alcance da meta desejada.

Avaliar os conhecimentos e o nível de habilidades atuais do paciente em relação à mudança desejada.

Avaliar o ambiente social e físico do paciente quanto a mais apoio aos comportamentos desejados.

Investigar com o paciente as barreiras potenciais à mudança do comportamento.

Identificar com o paciente as estratégias mais eficazes para mudar o comportamento.

Explicar ao paciente a importância do automonitoramento na tentativa de mudar o comportamento.

Ajudar o paciente a identificar a frequência com que ocorrem determinados comportamentos.

Ajudar o paciente a criar um folheto com código portátil e de uso fácil como auxílio para o registro de comportamentos (pode ser gráfico ou tabela).

Orientar o paciente a registrar a incidência de comportamentos durante, pelo menos, três dias, até duas a três semanas.

Estimular o paciente a identificar elementos de reforço/recompensas apropriadas e significativas.

Estimular o paciente a escolher um elemento de reforço/recompensa suficientemente importante para manter o comportamento.

Auxiliar o paciente a elaborar uma lista de recompensas valorizadas extrínsecas e intrínsecas.

Estimular o paciente a começar com recompensas extrínsecas e progredir no rumo das intrínsecas.

Orientar o paciente no sentido de que a lista de recompensas pode incluir maneiras pelas quais o enfermeiro, a família ou os amigos podem ajudá-lo a mudar comportamentos.

Auxiliar o paciente a elaborar um plano sistemático para mudar comportamentos.

Estimular o paciente a identificar etapas controláveis em tamanho e capazes de serem realizadas em determinado prazo.

Reforçar ações na direção da confiança primária no autorreforço *versus* a família ou o enfermeiro em relação a recompensas.

Orientar o paciente sobre formas de ir do reforço contínuo ao intermitente.

Ajudar o paciente a avaliar o progresso comparando registros de comportamentos anteriores aos atuais.

Estimular o paciente a elaborar uma medida visual das mudanças comportamentais (p. ex., um gráfico).

Fomentar a flexibilidade durante o plano de modelagem, promovendo o domínio total de uma etapa para, então, passar à seguinte.

Estimular o paciente a ajustar o plano de modelagem para melhorar a mudança de comportamento, se necessário (p. ex., tamanho das etapas ou recompensa).

Auxiliar o paciente a identificar as circunstâncias ou situações em que ocorre o comportamento (p. ex., indicadores/elementos desencadeantes).

Ajudar o paciente a identificar mesmo pequenos sucessos.

Explicar ao paciente a função dos indicadores/desencadeadores na produção do comportamento.

Ajudar o paciente na avaliação do cenário físico, social e interpessoal para a existência dos indicadores/desencadeadores.

Encorajar o paciente a elaborar uma „folha de análise de indicadores” que mostre as ligações entre indicadores e comportamentos.

Orientar o paciente sobre o uso da „expansão de indicadores”: aumento da quantidade de indicadores que levam ao comportamento desejado.

Orientar o paciente sobre formas de usar a „restrição ou limitação de indicadores”: redução da frequência de indicadores que provocam comportamento indesejado.

Ajudar o paciente a identificar métodos de controle de indicadores comportamentais.

Auxiliar o paciente a identificar comportamentos existentes que sejam habituais ou automáticos (p. ex., escovar os dentes e amarrar os sapatos).

Auxiliar o paciente a identificar estímulos e comportamentos habituais emparelhados existentes (p. ex., fazer uma refeição e escovar em seguida os dentes).

Estimular o paciente a unir um comportamento desejado a um estímulo ou indicador existente (p. ex., exercício após o trabalho diariamente).

Encorajar o paciente a continuar a associar um comportamento desejado a estímulos existentes até que ele se torne habitual ou automático.

Investigar com o paciente o uso potencial da meditação ou do relaxamento progressivo na tentativa de mudar comportamentos.

Investigar com o paciente a possibilidade de usar o desempenho de papéis para esclarecer comportamentos.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Pender N.J. Self modification. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1985:80-91.

Simons M.R. Interventions related to compliance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):477-494. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Stuart G.W., Laraia M.T. Principles and practice of psychiatric nursing, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Stuart R.B. Behavioral self-management. New York: Brunner/Mazel, 1977.

Watson D.L., Sharp R.G. Self-directing behavior: Self-modification for personal adjustment, 2nd ed. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1993.

Melhora da AUTOPERCEPÇÃO (5390)

Definição: Assistência a paciente para investigar e entender seus pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos.

Atividades:

Encorajar o paciente a reconhecer e a discutir pensamentos e sentimentos.

Ajudar o paciente a dar-se conta da singularidade de cada indivíduo.

Ajudar o paciente a identificar os valores que contribuem para o autoconceito.

Ajudar o paciente a identificar sentimentos normais sobre si mesmo.

Partilhar observações ou pensamentos sobre comportamentos ou reações do paciente.

Facilitar a identificação de padrões normais de resposta do paciente a várias situações.

Ajudar o paciente a identificar as prioridades de vida.

Ajudar o paciente a identificar o impacto da doença no autoconceito.

Verbalizar a negação que o paciente faz da realidade, conforme apropriado.

Confrontar os sentimentos ambivalentes do paciente (raiva ou depressão).

Fazer observações sobre o atual estado emocional do paciente.

Ajudar o paciente a aceitar a dependência dos outros, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a mudar a visão de si mesmo como vítima, definindo os próprios direitos, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a conscientizar-se dos autoenunciados negativos.

Ajudar o paciente a identificar sentimentos de culpa.

Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem ansiedade.

Investigar a necessidade de controle com o paciente.

Ajudar o paciente a identificar seus atributos positivos.

Ajudar o paciente/família a identificar motivos para melhorar.

Ajudar o paciente a identificar capacidades e estilos de aprendizagem.

Ajudar o paciente a reexaminar percepções negativas de si mesmo.

Ajudar o paciente a identificar uma fonte de motivação.

Ajudar o paciente a identificar comportamentos autodestrutivos.

Facilitar a autoexpressão com o grupo de amigos.

Ajudar o paciente a reconhecer enunciados contraditórios.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Stuart G.W., Laraia M.T. Principles and practice of psychiatric nursing, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Facilitação da AUTORRESPONSABILIDADE (4480)

Definição: Encorajamento a um paciente para assumir mais responsabilidade pelo próprio comportamento.

Atividades:

Responsabilizar o paciente pelo próprio comportamento.

Discutir com o paciente o alcance da responsabilidade pelo atual estado de saúde.

Determinar se o paciente apresenta conhecimentos apropriados sobre a condição dos cuidados de saúde.

Estimular manifestações verbais de sentimentos, percepções e receios sobre assumir responsabilidades.

Monitorar o nível de responsabilidade assumido pelo paciente.

Encorajar a independência, mas auxiliar o paciente quando incapacitado para o desempenho.

Discutir as consequências por não lidar com as próprias responsabilidades.

Encorajar o reconhecimento de atos errados, conforme apropriado.

Fixar limites para comportamentos manipulativos.

Evitar discutir ou barganhar os limites fixados com o paciente.

Estimular o paciente a assumir o máximo possível de responsabilidade pelo autocuidado.

Auxiliar os pais a identificar tarefas adequadas à faixa etária pelas quais o filho pode se responsabilizar, conforme apropriado.

Encorajar os pais a, de forma clara, comunicar as expectativas quanto a comportamento responsável no filho, conforme apropriado.

Encorajar os pais a acompanhar as expectativas de comportamentos responsáveis no filho, conforme apropriado.

Auxiliar os pais a identificar áreas em que possam, de pronto, assumir mais responsabilidades.

Facilitar o apoio familiar no novo nível de responsabilidade buscado ou alcançado pelo paciente.

Auxiliar a criar prazos para orientar o aumento da responsabilidade no futuro.

Oferecer *feedback* positivo pela aceitação de mais responsabilidade e/ou mudar o comportamento.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Arnold L.J. Codependency. Part I: Origins, characteristics. *AORN Journal*. 1990;51(5):1341-1348.

Arnold L.J. Codependency. Part II: The hospital as a dysfunctional family. *AORN Journal*. 1990;51(6):1581-1584.

Arnold L.J. Codependency. Part III: Strategies for healing. *AORN Journal*. 1990;52(1):85-89.

Barnsteiner J.H., Gillis-Donovan J. Being related and separate: A standard for therapeutic relationships. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing*. 1990;15(4):223-228.

Hall S.F., Wray L.M. Codependency. Nurses who give too much. *American Journal of Nursing*. 1989;89(11):1456-1460.

Johnson P.A., Gaines S.K. Helping families to help themselves. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing*. 1988;13(5):336-339.

Stuart G.W., Laraia M.T. Principles and practice of psychiatric nursing, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Treinamento de AUTOSSUGESTÃO (5840)

Definição: Assistir o paciente com autossugestões sobre sensações de peso e calor com o propósito de induzir ao relaxamento.

Atividades:

Escolher um local calmo e confortável.

Preparar um ambiente de calma.

Tomar precauções para evitar interrupções.

Orientar o paciente sobre a finalidade da intervenção.

Sentar o paciente em cadeira reclinável ou colocá-lo em posição recostada.

Fazer o paciente vestir roupas confortáveis, que não o restrinjam.

Ler um roteiro preparado para o paciente, com pausas suficientes para que as frases sejam repetidas interiormente.

Usar enunciados do roteiro que desencadeiem sensações de peso, leveza ou flutuação de partes específicas do corpo.

Orientar o paciente para repetir enunciados a si mesmo e direcionar as sensações à parte do corpo que está sendo tratada.

Repetir o roteiro por cerca de 15 a 20 minutos.

Encorajar o paciente a permanecer relaxado por mais 15 a 20 minutos.

Proceder de modo a provocar sensações de calor após sensações de peso terem sido dominadas.

Acompanhar o procedimento para provocar sensação de peso, usando roteiro preparado ou material de áudio para provocar sensação de calor.

Providenciar instruções para o paciente usar em casa, com roteiro ou material de áudio.

Encorajar o paciente a praticar a sessão três vezes por dia.

Orientar o paciente a manter um diário para documentar o progresso obtido a cada sessão.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Crowther D. Autogenic therapy. In: Rankin-Box D, editor. *The nurse's handbook of complementary therapies*. 2nd ed. London: Bailliere Tindall; 2001:139-144.

Kanji N., Ernst E. Autogenic training for stress and anxiety: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. 2000;8:106-110.

Linden W. Autogenic training: A clinical guide. New York: Guilford, 1990.

Linden W. Autogenic training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback Self-Regulation*. 1994;19(3):227-264.

AUTOTRANSFUSÃO (2860)

Definição: Coleta e reinfusão de sangue perdido em período intraoperatório ou pós-operatório de feridas limpas.

Atividades:

Verificar a adequação do sangue coletado (as contraindicações incluem sepse, infecção, tumor no local, sangue com um irrigante não injetável, agentes hemostáticos ou colágeno microcristalino).

Obter consentimento informado do paciente.

Orientar o paciente sobre o procedimento.

Usar sistema apropriado de recuperação de sangue.

Rotular o dispositivo de coleta com nome do paciente, registro hospitalar, data e hora do início da coleta.

Monitorar o paciente e o sistema de recuperação de sangue com frequência.

Manter a integridade do sistema antes, durante e após a coleta de sangue.

Examinar o sangue em relação à adequação para ser reinfundido.

Manter a integridade do sangue entre a coleta e a reinfusão.

Preparar o sangue para a reinfusão.

Documentar horário do início da coleta, condição do sangue, volume, tipo e quantidade de anticoagulantes.

Reinfundir a transfusão em seis horas após a coleta.

Manter precauções universais.

Segunda edição 1996; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Blood Banks. Guidelines for blood salvage and reinfusion in surgery and trauma. Arlington, VA: Author, 1990.
- Arlington R.G., Costigan K.A., Aievoli C.P. Postoperative orthopaedic blood salvage and reinfusion. *Orthopaedic Nursing*. 1992;11(3):30-38.
- Failla S.D., Radaslovich N. Ask the OR. *American Journal of Nursing*. 1993;93(6):74.
- LeMone P., Burke K.M. Medical — surgical nursing: Critical thinking in client care, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000:281.
- Peterson K.J. Nursing management of autologous blood transfusion. *Journal of Intravenous Nursing*. 1992;15(3):128-134.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

AVALIAÇÃO de Desempenho (7700)

Definição: Avaliação sistemática do desempenho de um colega comparado aos padrões profissionais de prática.

Atividades:

Elaborar e utilizar políticas para orientar o funcionamento do comitê de avaliação de desempenho e o processo de revisão sempre que necessário.

Participar do estabelecimento de protocolos e padrões de prática profissional.

Participar das reuniões do comitê, conforme apropriado.

Coordenar o processo de avaliação sempre que necessário.

Observar o colega durante a realização das atividades, conforme exigido para a avaliação.

Identificar algum desempenho que necessite do apoio dos colegas.

Realizar avaliações de colegas selecionados (inclusive a própria, se necessário).

Oferecer contribuição em áreas de sucesso e necessidades de desenvolvimento sempre que indicado.

Revisar as credenciais do colega selecionado, se necessário.

Recomendar a promoção ou o aperfeiçoamento clínico, conforme apropriado.

Oferecer supervisão e aconselhamento, conforme apropriado.

Oferecer oportunidade para *feedback*.

Desenvolver responsabilidade compartilhada para mudanças e aperfeiçoamento sempre que necessário.

Coordenar a orientação e o treinamento permanente adequados sempre que necessário.

Participar de situações de reclamação, se necessário.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

- American Nurses Association. Peer review guidelines. Kansas City, MO: Author, 1988.
- Mann L., Barton C., Presti M., Hirsch J. Peer review in performance appraisal. *Nursing Administrative Quarterly*. 1990;14(4):9-14.

Quigley P., Hixon A., Janzen S. Promoting autonomy and professional practice: A program of clinical privileging. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 1991;5(3):27-32.

Supples J. Self-regulation in the nursing profession: Response to substandard practice. *Nursing Outlook*. 1993;41(1):20-24.

Titlebaum H., Hart C., Romano-Egan J. Interagency psychiatric consultation liaison nursing peer review and peer board: Quality assurance and employment. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1992;7(2):125-131.

B

BANHO (1610)

Definição: Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento.

Atividades:

Auxiliar banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme apropriado ou desejado.

Lavar os cabelos, conforme a necessidade e a vontade.

Banhar o paciente em água com temperatura agradável.

Usar técnicas divertidas no banho com crianças (p. ex., bonecos ou brinquedos laváveis, fingir que um barquinho seja um submarino, perfurar orifícios em fundo de copo plástico, encher com água e imitar „chuva” sobre a criança).

Auxiliar nos cuidados com o períneo, se necessário.

Auxiliar com as medidas de higiene (p. ex., uso de desodorante ou perfume).

Promover imersão dos pés, conforme necessário.

Barbear o paciente, quando indicado.

Aplicar unguento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele.

Oferecer a lavagem das mãos após uso do vaso sanitário e antes das refeições.

Aplicar pós-secantes em dobras de pele profundas.

Monitorar a condição da pele durante o banho.

Monitorar a capacidade funcional durante o banho.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Sloane P.D., Rader J., Barrick A.L., Hoeffler B., Dwyer D., McKenzie D., Lavelle M., Buckwalter K., Arrington L., Pruitt T. Bathing persons with dementia. *The Gerontologist*. 1995;35(5):672-678.

Wong D.L. Whaley & Wong's nursing care of infants and children, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1995.

Cuidados com BEBÊS (6820)

Definição: Provisão de cuidados centrados na família e adequados ao desenvolvimento da criança com menos de um ano de idade.

Atividades:

Monitorar a altura e o peso do bebê.

Monitorar a ingestão e a eliminação, conforme apropriado.

Trocar as fraldas, conforme apropriado.

Alimentar o bebê com alimentos apropriados para a fase de desenvolvimento.

Oferecer oportunidades para a sucção não nutritiva, conforme apropriado.

Manter erguidas as laterais do berço quando o bebê estiver sozinho.

Monitorar a segurança do ambiente do bebê.

Oferecer ao bebê brinquedos seguros e adequados à fase de desenvolvimento.

Informar os pais sobre o desenvolvimento e as formas de educar o filho.

Oferecer atividades adequadas para estimular o desenvolvimento cognitivo.

Oferecer estimulações que envolvam todos os sentidos.

Estruturar as brincadeiras e os cuidados de acordo com o estilo de comportamento/padrões de temperamento do bebê.

Conversar com o bebê enquanto proporciona seus cuidados.

Embalar o bebê, promovendo proteção e sono.

Encorajar os pais a oferecerem cuidados diários ao bebê, conforme apropriado.

Orientar os pais a realizarem os cuidados especiais do bebê, conforme apropriado.

Reforçar as habilidades dos pais na realização de cuidados especiais do bebê.

Informar os pais sobre o progresso do bebê.

Explicar aos pais as razões dos tratamentos e procedimentos.

Conter o bebê durante os procedimentos.

Confortar o bebê após procedimentos dolorosos.

Explicar aos pais que a regressão é normal durante períodos de estresse, como doenças ou hospitalização.

Confortar o bebê diante da experiência de ansiedade da separação.

Encorajar as visitas da família.

Manter a rotina diária do bebê durante a hospitalização.

Providenciar um ambiente calmo e sem interrupções durante os momentos de sono diurno e noturno, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Dickinson-Hazard N. The first through sixth years of life. In: Stanhope M., Lancaster J., editors. *Community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1992:485-511.

Mott S.R., Fazekas N.F., James S.R. *Nursing care of children and families*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1985.

BIBLIOTERAPIA (4680)

Definição: Uso terapêutico da literatura para intensificar a expressão de sentimentos, resolução ativa de problemas, enfrentamento ou *insight*.

Atividades:

Identificar as necessidades emocionais, cognitivas, desenvolvimentais ou situacionais do paciente.

Determinar a capacidade de leitura independente.

Fixar metas terapêuticas (p. ex., mudança emocional; desenvolvimento da personalidade; aprendizado de novos valores e atitudes).

Consultar bibliotecário hábil em descobrir livros.

Consultar recursos que recomendem livros para terapia.

Selecionar de maneira adequada ao nível de leitura do paciente.

Escolher histórias, poemas, artigos, livros de autoajuda ou romances que reflitam a situação ou os sentimentos vividos pelo paciente.

Ler em voz alta, se necessário ou possível.

Usar fotos ou ilustrações.

Encorajar leituras e releituras.

Ajudar o paciente na identificação de personagens e conteúdo emocional nos livros.

Examinar os sentimentos expressos pelos personagens e conversar sobre eles.

Facilitar o diálogo para auxiliar o paciente a comparar e contrastar imagens, personagem, situação ou conceito na literatura com sua situação.

Auxiliar o paciente a reconhecer como a situação na literatura é capaz de ajudar a realizar as mudanças desejadas.

Acompanhar as sessões de leitura com sessões de jogos ou representação de papéis, individualmente ou em grupos terapêuticos.

Avaliar o alcance das metas.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

Abdullah M.H. Bibliotherapy. Bloomington, IN: ERIC Digest: Education Resources Information Center Clearing House on Reading English and Communication, 2002.

Cohen L.J. Bibliotherapy: The therapeutic use of books for women. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1992;37(2):91-95.

Cohen L.J. Discover the healing power of books. *American Journal of Nursing*. 1993;93(10):70-74.

Hynes A.M., Hynes-Berry M. Bibliotherapy the interactive process: A handbook. Boulder, CO: Westview Press, 1986.

Marrs R.W. A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*. 1995;23(6):843-870.

McArdle S., Byrt R. Fiction, poetry and mental health: Expressive and therapeutic uses of literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001;8:517-524.

Silverberg L.I. Bibliotherapy: The therapeutic use of didactic and literary texts in treatment, diagnosis, prevention, and training. *Journal of the American Osteopathic Association*. 2003;103(3):131-135.

BIOFEEDBACK (5860)

Definição: Ajuda ao paciente para que obtenha controle voluntário das reações fisiológicas, utilizando o *feedback* de equipamento eletrônico que monitora os processos fisiológicos.

Atividades:

Entrevistar o paciente para obter o histórico de saúde.

Analisar a natureza da condição de saúde específica a ser tratada.

Determinar capacidades e desejo de usar o tratamento biocomportamental.

Discutir as justificativas para uso do *biofeedback* e o tipo de *biofeedback*.

Determinar a aceitação do paciente a esse tipo de tratamento.

Decidir a respeito do equipamento específico de monitoramento a ser usado (p. ex., *biofeedback* térmico; resposta eletrodérmica ou resposta galvânica da pele; *biofeedback* por eletromiografia; *biofeedback* de pulsação dos dedos; *biofeedback* respiratório; *biofeedback* eletroencefalográfico).

Elaborar um plano de tratamento para tratar o problema.

Explicar o procedimento em relação ao equipamento específico de monitoramento utilizado.

Organizar a sala da terapia de forma que o paciente não consiga tocar em nenhum objeto condutor.

Conectar o paciente ao dispositivo de instrumentação, conforme a necessidade.

Acionar o dispositivo de *biofeedback* conforme as instruções.

Estabelecer um ponto de partida adequado em relação ao qual possa comparar o efeito do tratamento.

Ajudar o paciente a aprender a modificar as respostas do organismo aos indicadores do equipamento.

Orientar o paciente a verificar o equipamento antes do uso para garantir funcionamento correto.

Responder aos medos e preocupações relativos aos equipamentos.

Discutir o momento certo, a duração e os ajustes para as sessões com o paciente/familiares.

Identificar os critérios apropriados para reforçar as respostas do paciente.

Oferecer *feedback* do progresso a cada sessão.

Fixar as condições com o paciente para avaliar o resultado terapêutico.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

- Andrasik F., Lords A.O. Biofeedback. In: Freeman L, editor. *Mosby's complementary & alternative medicine: A research-based approach*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004:207-235.
- Anselmo J. Relaxation: The first step to restore, renew, and self-heal. In: Dossey B.M., Keegan L., Guzzetta C.E., editors. *Holistic nursing: A handbook for practice*. 4th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2005:523-566.
- Bray D. Biofeedback. In: Rankin-Box D, editor. *The nurse's handbook of complementary therapies*. London: Bailliere Tindall; 2001:145-152.
- Fontaine K.L. Complementary & alternative therapies for nursing practice, 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2005.
- Good M. Biofeedback. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/alternative therapies in nursing*. 5th ed. New York: Springer; 2006:117-128.
- Micozzi M.S. Fundamentals of complementary and integrative medicine, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Preparo contra o BIOTERRORISMO (8810)

Definição: Preparo para uma resposta efetiva a eventos ou desastres bioterroristas.

Atividades:

Identificar tipos potenciais de agentes químicos com possibilidade de serem agentes de terrorismo (p. ex., agentes para os nervos, agentes mostarda, cianeto).

Identificar tipos potenciais de agentes biológicos com possibilidade de serem agentes de terrorismo (p. ex., antraz, sarampo, botulismo, pragas).

Seguir as instruções sobre envolvimento com clientes em investigação durante um evento bioterrorista.

Integrar terrorismo biológico e químico ao planejamento e avaliação da preparação para desastres feitos por instituições.

Identificar todos os recursos comunitários médicos, de emergência e sociais de instituições disponíveis na comunidade (p. ex., Organização Mundial da Saúde (OMS), Federal Emergency Management Agency (FEMA), National Disaster Medical System (NDMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), instituições públicas de saúde estaduais e municipais).

Levar em conta as estratégias atualmente recomendadas pela OMS e pelo CDC para conter doenças e exposição química naturais ou planejadas.

Familiarizar-se com sinais e sintomas e apresentações comuns do início da ação de agentes bioterroristas nos clientes expostos.

Modificar as perguntas e o histórico da primeira investigação de clientes de modo a incluírem riscos de exposição e sintomas físicos de exposição.

Monitorar clientes com sintomas vagos que lembram gripe.

Informar sintomas suspeitos a profissionais e instituições de saúde adequados para a realização de triagem.

Consultar profissionais de controle epidemiológico e de infecção adequados, se necessário.

Levar em conta a confiança das informações, em especial em emergências, desastres potenciais ou exposições em massa.

Manter atualizadas as informações sobre equipamento de proteção, procedimentos e técnicas de isolamento.

Garantir que os equipamentos de proteção (p. ex., roupas especiais, protetores de cabeça, luvas, respiradores) estejam disponíveis e em boas condições de uso.

Familiarizar-se com políticas, procedimentos e protocolos de descontaminação e atender a todos eles.

Participar de educação permanente para manter os conhecimentos atualizados.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Federal Emergency Management Agency (FEMA). *Planning health and medical needs in a terrorist incident*. 2002. Retrieved December 13, 2006 from http://www.oregon.gov/OOHS/OEM/docs/dom_prep/planning_guide_managing_consequences_terrorism.pdf.

Gebbie K.M., Qureshi K. Emergency and disaster preparedness: Core competency for nurses. *AJN, American Journal of Nursing*. 2002;102(1):46-51.

Rebmann T. Bioterrorism and emerging infections: Emergency preparedness for nurses. In: Cowen P.S., Moorhead S., editors. *Current issues in nursing*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2006:768-776.

Reilly C.M., Dleason D. Smallpox. *AJN, American Journal of Nursing*. 2002;102(2):51-55.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Terrorism, mass casualty, and disaster nursing. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:2183-2198.

Veenema T.G. Chemical and biological terrorism: Current updates for nurse educators. *Nursing Education Perspectives*. 2002;23(2):62-71.

World Health Organization. *Frequently asked questions regarding the deliberate use of biological agents and chemicals as weapons*. 2006. Retrieved December 13, 2006, from <http://www.who.int/csr/delibepidemics/faqbioagents/en>.

BRINQUEDO Terapêutico (4430)

Definição: Uso proposital e orientado de brinquedos, ou outros materiais, para ajudar as crianças a comunicar sua percepção e conhecimento do mundo e auxiliar a dominar seu ambiente.

Atividades:

Propiciar um ambiente calmo, sem interrupções.

Oferecer tempo suficiente para uma brincadeira verdadeira.

Estruturar a sessão de brinquedos de modo a facilitar o resultado desejado.

Comunicar a finalidade da sessão de brinquedos à criança e aos pais.

Discutir as atividades das brincadeiras com a família.

Estabelecer limites à sessão de brincadeiras terapêuticas.

Oferecer equipamento seguro para as brincadeiras.

Oferecer equipamento para brincar adequado ao desenvolvimento.

Oferecer equipamento de brinquedo que estimule o jogo criativo e expressivo.

Oferecer equipamento de brinquedo que estimule a encenação.

Oferecer equipamento real ou simulado de equipamento médico da sala cirúrgica do hospital para encorajar a expressão de conhecimentos e sentimentos sobre a hospitalização, os tratamentos ou a doença.

Supervisionar as sessões de brinquedo terapêutico.

Estimular a criança a manipular o equipamento de brincadeiras.

Estimular a criança a compartilhar sentimentos, conhecimentos e percepções.

Validar os sentimentos da criança expressos durante a sessão de brincadeiras.

Comunicar aceitação dos sentimentos positivos e negativos, expressos por meio da brincadeira.

Observar o uso que a criança faz do equipamento de brincadeiras.

Monitorar as reações e o nível de ansiedade da criança durante toda a sessão de brincadeiras.

Identificar as ideias erradas ou os medos da criança por meio dos comentários feitos durante (papel do hospital) a sessão de brincadeiras.

Continuar as sessões de brincadeira com regularidade para estabelecer confiança e reduzir o medo de equipamento ou tratamentos desconhecidos, conforme apropriado.

Registrar as observações feitas durante a sessão de brincadeiras.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Hart R., Powell M.A., Mather P.L., Slack J.L. Therapeutic play activities for hospitalized children. St. Louis, MO: Mosby, 1992.

Raphel S., Bennett C.F. Child psychiatric nursing. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:728-752.

Snyder M. Play. In: Snyder M., editor. *Independent nursing interventions*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar; 1992:287-293.

Fiedeman M.E., Simon K.A., Clatworthy S. Communication through therapeutic play. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:93-110.

Vessey J.A., Mahon M.M. Therapeutic play and the hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing*. 1990;5(5):328-333.

C

Cuidados com os CABELOS (1670)

Definição: Promoção de cabelos limpos, arrumados e bonitos.

Atividades:

Lavar os cabelos, conforme o desejo do paciente e a necessidade.

Secar os cabelos com secador.

Escovar/pentear diariamente os cabelos ou com mais frequência, se necessário.

Usar pente com dentes largos, se necessário.

Examinar diariamente o cabelo.

Monitorar diariamente o couro cabeludo.

Aplicar óleo mineral no couro cabeludo, se necessário.

Massagear os cabelos e o couro cabeludo.

Fazer uma trança ou arrumar os cabelos conforme desejo do paciente.

Providenciar barbeiro/cabeleireiro para cortar os cabelos se necessário.

Usar produtos para cuidados com os cabelos preferidos do paciente, se possível.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Blau J.N. Ponytail headache: A pure extracranial headache. *Headache*. 2004;44:411-413.

Harkreader H.C. Fundamentals of nursing: Caring and clinical judgment. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004.

Fitler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M.,

Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Tratamento de Exposição ao CALOR (3780)

Definição: Manejo da sobrecarga do paciente causada por calor em decorrência de exposição ao calor do ambiente.

Atividades:

Retirar o paciente da luz solar direta e/ou fonte de calor.

Afrouxar ou tirar as roupas do paciente, se apropriado.

Umedecer a superfície do corpo e ventilar o paciente.

Oferecer líquidos orais frios se o paciente conseguir deglutir.

Administrar líquidos IV quando convier.

Oferecer líquidos ricos em eletrólitos.

Transportar para ambiente frio, se apropriado.

Determinar a causa como decorrente de esforço ou não.

Imergir em água fria (11° C), se apropriado.

Colocar sobre bolsa resfriada, se apropriado.

Interromper o resfriamento, quando a temperatura central do corpo chegar a 39° C.

Inserir sonda nasogástrica, se apropriado.

Monitorar o nível de consciência.

Monitorar a temperatura central do corpo, se apropriado.

Monitorar quanto a desequilíbrios eletrolíticos, em especial hipocalcemia e hipofosfatemia.

Monitorar a ocorrência de hipoglicemia.

Monitorar a ocorrência de hipotensão, arritmias cardíacas e sinais de sofrimento respiratório.

Monitorar quanto a desequilíbrio ácido-base.

Ensinar medidas para prevenir exaustão por calor e insolação.

Ensinar sobre sinais iniciais de exaustão por calor e as ações corretas a serem implementadas.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Davis L. Environmental heat-related illnesses. *MedSurg Nursing*. 1997;6(3):153-161.

Knochel J.P. Disorders due to heat and cold. In: Wyngaarden J.B., Smith L.H.Jr., Bennett J.C.Jr., editors. *Cecil textbook of medicine*. 19th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:2358-2361.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Vital signs. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:484-522.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Emergency nursing. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:2161-2162.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. *Mosby's clinical nursing*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Aplicação de CALOR/FRIO (1380)

Definição: Estimulação da pele e tecidos subjacentes, com calor ou frio, para reduzir dor, espasmos musculares ou inflamação.

Atividades:

Explicar o uso de calor ou frio, o motivo do tratamento e como este afetará os sintomas do paciente.

Rastrear em busca de contraindicações para frio ou calor, como sensibilidade diminuída ou ausente, circulação diminuída e menor capacidade de comunicação.

Escolher um método de estimulação que seja conveniente e esteja prontamente disponível, como sacos plásticos

impermeáveis com gelo derretido, bolsas de gel congelado, envelope com gelo químico, imersão em gelo, roupas ou toalha colocada no congelador para resfriar, bolsa de água quente, almofada elétrica para aquecer, compressas úmidas e quentes, imersão em banheira ou banheira de hidromassagem, uso de parafina, banho de assento, lâmpada de irradiação ou envoltório plástico para aquecimento.

Determinar a disponibilidade e condições de funcionamento seguras para todo o equipamento usado para aplicação de calor ou frio.

Determinar a condição da pele e identificar todas as alterações que exigem uma mudança no procedimento ou contraindicações à estimulação.

Selecionar o lugar a ser estimulado levando em conta locais alternados, quando não forem possíveis aplicações diretas (p. ex., adjacente, distal, entre áreas afetadas e o cérebro e contralateral).

Envolver o dispositivo de aplicação de calor/frio com pano protetor, se adequado.

Usar pano úmido junto à pele para aumentar a sensação de frio/calor, quando convier.

Orientar sobre formas de evitar dano tissular associado ao calor/frio.

Checar a temperatura da aplicação, especialmente quando usar calor.

Determinar a duração da aplicação, com base nas reações verbais individuais, comportamentais e biológicas.

Cronometrar todas as aplicações cuidadosamente.

Aplicar calor/frio diretamente ao local afetado ou próximo a ele, se possível.

Examinar o local com cuidado em busca de sinais de irritação da pele ou dano tissular durante os primeiros cinco minutos e, depois, com frequência, ao longo do tratamento.

Avaliar a condição geral, a segurança e o conforto durante o tratamento.

Posicionar permitindo movimentar a fonte de temperatura se necessário.

Orientar para não ajustar os controles de temperatura sem instruções anteriores.

Mudar os locais da aplicação de calor/frio ou a forma de ligar a tomada se não for obtido alívio.

Orientar no sentido de que a aplicação de frio pode ser dolorosa por pouco tempo, com entorpecimento durante cinco minutos após a estimulação inicial.

Orientar sobre indicadores de aplicação, frequência e procedimento.

Orientar para evitar lesão à pele após a estimulação.

Avaliar e documentar a reação à aplicação de calor/frio.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Herr K.A., Mobily P.R. Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):347-370. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Skin integrity and wound care. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:855-894.

McCaffery M., Beebe A. Pain. Clinical manual for nursing practice. St. Louis, MO: Mosby, 1989;145-154.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques. St. Louis, MO: Mosby, 1998;1113-1132.

Ridgeway S., Brauer D., Corsok J., Daniels J.S., Steffes M. Application of heat and cold. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/alternative therapies in nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 1998:89-102.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Pain management. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:216-239.

Precauções CARDÍACAS (4050)

Definição: Prevenção de um episódio agudo de função cardíaca prejudicada por meio de redução do consumo de oxigênio pelo miocárdio, ou aumento do suprimento de oxigênio ao miocárdio.

Atividades:

Evitar situações causadoras de emoções intensas.

Evitar superaquecer ou resfriar o paciente.

Desencorajar o processo decisório quando o paciente estiver sob estresse severo.

Evitar o oferecimento de estimulantes orais.

Evitar a introdução de sonda retal.

Evitar a verificação da temperatura retal.

Evitar exame retal/vaginal.

Limitar os estímulos ambientais.

Retardar o banho, conforme apropriado.

Restringir o consumo de cigarros.

Evitar discussões.

Oferecer refeições em porções pequenas e frequentes.

Usar substituto do sal e limitar ingestão de sódio, conforme apropriado.

Identificar a disponibilidade do paciente para aprender como modificar seu estilo de vida.

Discutir modificações na atividade sexual com o paciente e o(a) parceiro(a), conforme apropriado.

Encorajar atividades não competitivas.

Orientar o paciente a respeito de exercícios progressivos.

Orientar o paciente/familiares sobre sintomas de comprometimento cardíaco, indicativos de necessidade de repouso.

Identificar os métodos do paciente para controlar o estresse.

Promover técnicas eficientes para a redução do estresse.

Realizar terapia de relaxamento, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

- American Association of Critical-Care Nurses. Outcome standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.
- Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*
- DeAngelis R. The cardiovascular system. In: Alspach J, editor. *AACN Core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:132-314.
- Futrell A.G., Forst S., Harell J.S., Adams L.F. Effects of occupied and unoccupied bed making on myocardial work in healthy subjects. *Heart & Lung*. 1991;20(2):161-167.
- Kirchhoff K.T. An examination of the physiologic basis for coronary precautions. *Heart & Lung*. 1981;10(5):874-879.
- Kirchhoff K.T. Electrocardiographic response to ice water ingestion. *Heart & Lung*. 1990;19(1):41-48.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Cuidados CARDÍACOS (4040)

Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio ao miocárdio para paciente com sintomas de função cardíaca prejudicada.

Atividades:

Avaliar a dor no peito (p. ex., intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio).

Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade).

Registrar arritmias cardíacas.

Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído.

Monitorar os sinais vitais com frequência.

Monitorar o estado cardiovascular.

Monitorar a ocorrência de arritmias cardíacas, inclusive distúrbios no ritmo e na condução.

Monitorar a condição respiratória quanto a sintomas de insuficiência cardíaca.

Monitorar o abdome quanto a indicações de perfusão diminuída.

Monitorar o equilíbrio de líquidos (p. ex., ingestão/eliminação e pesagem diária).

Monitorar os valores dos exames laboratoriais adequados (p. ex., enzimas cardíacas, níveis de eletrólitos).

Monitorar o funcionamento do marca-passo, se apropriado.

Reconhecer a presença de alterações na pressão sanguínea.

Reconhecer os efeitos psicológicos da condição subjacente.

Avaliar a resposta do paciente a ectopia ou arritmias.

Providenciar terapia antiarrítmica, conforme o protocolo da instituição (p. ex., medicamento antiarrítmico, cardioversão, ou desfibrilador), conforme apropriado.

Monitorar a resposta do paciente aos medicamentos antiarrítmicos.

Orientar o paciente e a família sobre a restrição a progressão das atividades.

Combinar exercícios e períodos de repouso para evitar fadiga.

Monitorar a tolerância do paciente à atividade.

Monitorar a ocorrência de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.

Promover a redução do estresse.

Estabelecer uma relação de apoio com o paciente e a família.

Orientar o paciente sobre a importância de, informar imediatamente qualquer desconforto no peito.

Oferecer apoio espiritual ao paciente e/ou familiares (p. ex., contato com religioso), conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Outcome standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

DeAngelis R. The cardiovascular system. In: Alspach J, editor. *AACN Core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:132-314.

Johanson B.C., Wells S.J., Hoffmeister D., Dungca C.U. Standards for critical care, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1988.

LeMone P., Burke K.M. Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000:1083-1098.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

U.S. Department of Health and Human Services. Unstable angina: Diagnosis and management. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1994.

Cuidados CARDÍACOS: fase aguda (4044)

Definição: Limitação de complicações em paciente que, recentemente, apresentou um episódio de desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio ao miocárdio, resultando em função cardíaca prejudicada.

Atividades:

Avaliar a dor no peito (p. ex., intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio).

Oferecer formas imediatas e contínuas de chamar o enfermeiro e fazer com que paciente e familiares saibam que os chamados serão atendidos imediatamente.

Monitorar o ritmo e a frequência cardíacos.

Auscultar os sons cardíacos.

Reconhecer a frustração e o medo causados pela incapacidade de comunicação e por exposição a máquinas e ambiente estranhos.

Auscultar os pulmões quanto ao aparecimento de crepitações e outros ruídos adventícios.

Monitorar o estado neurológico.

Monitorar ingestão/eliminação, débito urinário e pesar diariamente, se adequado.

Escolher a melhor derivação do eletrocardiograma para monitoramento contínuo, se adequado.

Obter ECG com 12 derivações, se adequado.

Coletar níveis séricos, CK, LDH e AST, conforme apropriado.

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia e creatinina), se apropriado.

Monitorar testes de função hepática, conforme apropriado.

Monitorar os valores laboratoriais relativos a eletrólitos, que podem aumentar o risco de arritmias (p. ex., potássio e magnésio séricos), conforme apropriado.

Obter raios X do tórax, se apropriado.

Monitorar as tendências na pressão sanguínea e os parâmetros hemodinâmicos, se possível (p. ex., pressão venosa central e pressão capilar pulmonar/arterial em cunha).

Oferecer refeições em porções pequenas e frequentes.

Limitar a ingestão de cafeína, sódio, colesterol, alimentos com muita gordura e assim por diante.

Monitorar a eficácia da oxigenoterapia, se apropriado.

Monitorar os determinantes da distribuição de oxigênio (p. ex., PaO₂ e níveis de hemoglobina, débito cardíaco), se adequado.

Manter um ambiente propício ao repouso e ao restabelecimento.

Orientar o paciente a evitar atividades que resultem na manobra de Valsalva (p. ex., esforço durante movimento intestinal).

Administrar medicamentos que evitem episódios da manobra de Valsalva (p. ex., emolientes fecais, antieméticos), conforme apropriado.

Evitar verificar a temperatura retal.

Prevenir a formação de trombos periféricos (p. ex., alternar o paciente de decúbito cada duas horas e administrar pequenas doses de anticoagulantes).

Administrar medicamentos para aliviar/prevenir dor e isquemia, conforme a necessidade.

Monitorar a eficácia dos medicamentos.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Outcome standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.

Bines A.S., Landron S.L. Cardiovascular emergencies in the post anesthesia care unit. *Nursing Clinics of North America*. 1993;28(3):493-506.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

DeAngelis R. The cardiovascular system. In: Alspach J, editor. *AACN Core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:132-314.

LeMone P., Burke K.M. Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000:1083-1098.

Lewis S.M., Collier I.C. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Cuidados CARDÍACOS: reabilitação (4046)

Definição: Promoção do nível máximo de atividade funcional em paciente que sofreu episódio de função cardíaca prejudicada em consequência de desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio ao miocárdio.

Atividades:

Monitorar a tolerância do paciente à atividade.

Manter um programa de deambulação conforme a tolerância.

Encorajar expectativas realistas para o paciente e a família.

Orientar o paciente e a família sobre os medicamentos prescritos apropriados.

Orientar o paciente e a família sobre a modificação de fatores de risco cardíaco (p. ex., parar de fumar, dieta e exercícios), conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre o autocuidado em caso de dor no peito (p. ex., usar nitroglicerina sublingual a cada cinco minutos, três vezes; se a dor no peito não aliviar, buscar atendimento médico de emergência).

Orientar o paciente e a família sobre o programa de exercícios, inclusive aquecimento, resistência e esfriamento, conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família sobre limites quanto a levantar/empurrar objetos pesados, conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família sobre considerações especiais relativas a atividades da vida diária (p. ex., atividades isoladas e períodos de repouso), conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família sobre cuidados e precauções com feridas (p. ex., incisão no esterno ou local do cateterismo) conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família sobre os cuidados de acompanhamento.

Coordenar os encaminhamentos do paciente (p. ex., nutricionista, assistente social e fisioterapeuta).

Orientar o paciente e a família sobre o acesso a serviços de emergência disponíveis na comunidade, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Allen J., Becker D., Swank R. Factors related to functional status after coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*. 1990;19(4):337-343.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:873-874.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Miller P., Wikoff R., McMahon M., Garrett M.J., Ringel K., Collura D., Siniscalchi K., Sommer S., Welsh N. Personal adjustments and regimen compliance 1 year after myocardial infarction. *Heart & Lung*. 1989;18(4):339-346.

Miller P., Wikoff R., McMahon M., Garrett M.J., Ringel K. Influence of a nursing intervention on regimen adherence and societal adjustments post myocardial infarction. *Nursing Research*. 1988;37(5):297-302.

Murdaugh C. The nurse's role in education of the cardiac patient. In: Kern L, editor. *Cardiac critical care nursing*. Rockville, MD: Aspen; 1988:251-280.

Gerenciamento de CASO (7320)

Definição: Coordenação dos cuidados e amparo a determinados indivíduos e populações de diferentes locais para reduzir custos e o uso de recursos, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e alcançar os resultados desejados.

Atividades:

Identificar indivíduos ou populações de pacientes que se beneficiariam do gerenciamento de caso (p. ex., custo maior, volume maior e/ou risco maior).

Identificar a fonte pagadora de serviços de gerenciamento de caso.

Explicar o papel do gerente de caso ao paciente e aos familiares.

Explicar o custo do serviço ao paciente e/ou familiares antes de prestar o atendimento.

Obter permissão do paciente ou família para ser inscrito num programa de gerenciamento de caso, conforme apropriado.

Desenvolver relações com o paciente, a família e outros cuidadores de saúde, se necessário.

Usar habilidades eficientes de comunicação com o paciente, a família e outros cuidadores de saúde.

Tratar o paciente e a família com dignidade e respeito.

Manter o sigilo e a privacidade do paciente e da família.

Investigar a condição de saúde física do paciente, seu estado mental, capacidade funcional, sistemas formais e informais de apoio, recursos financeiros e condições ambientais conforme a necessidade.

Determinar o plano de tratamento com participação do paciente e/ou família.

Explicar os protocolos de cuidados ao paciente e família.

Individualizar o protocolo de cuidados para o paciente.

Determinar os resultados a serem obtidos com a participação do paciente e/ou familiares.

Discutir com o médico do paciente o plano de cuidados e os resultados desejados.

Negociar o horário de trabalho com o gerente de enfermagem (enfermeiro-chefe) para frequência às reuniões semanais do grupo de prática, se necessário.

Integrar informações sobre gerenciamento de cuidados e intervenções (processos) revisadas em um relatório entre os plantões/turnos e às reuniões grupais de prática, se necessário.

Avaliar continuamente o progresso na direção das metas fixadas.

Revisar as intervenções e as metas sempre que necessário para o atendimento das necessidades do paciente.

Identificar os recursos e/ou os serviços necessários.

Coordenar o oferecimento dos recursos ou serviços necessários.

Coordenar o atendimento com outros profissionais de cuidados de saúde (p. ex., enfermeiros, médicos, assistente social, terceiros pagadores, fisioterapeuta).

Oferecer cuidados diretos, se necessário.

Educar o paciente e/ou familiares sobre a importância do autocuidado.

Encorajar atividades apropriadas de tomada de decisão do paciente e/ou familiares.

Registrar todas as atividades do gerenciamento de caso.

Monitorar o plano quanto à qualidade, quantidade, prazos e eficiência dos serviços.

Facilitar o acesso aos serviços de saúde e assistência social necessários.

Auxiliar o paciente e/ou familiares a acessar o sistema de cuidados de saúde.

Orientar o paciente e/ou familiares por meio do sistema de cuidados de saúde.

Auxiliar o paciente e/ou familiares na tomada de decisões informada quanto aos cuidados de saúde.

Defender o paciente sempre que necessário.

Reconhecer a necessidade de integrar as preocupações financeiras e clínicas do paciente.

Avisar o paciente e/ou familiares sobre mudança nos serviços, término dos serviços e alta do programa de gerenciamento de caso.

Promover o uso eficiente de recursos.

Monitorar a eficácia de custos dos cuidados.

Modificar os cuidados para aumentar o custo-benefício, se necessário.

Elaborar um programa de melhora da qualidade para avaliar as atividades de gerenciamento de caso.

Registrar a eficácia de custos do gerenciamento de caso.

Informar os resultados às seguradoras e a outros terceiros pagadores.

Divulgar os serviços aos indivíduos, famílias, seguradoras e empregadores.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Bahe D.K. Case management. In: Craft-Rosenberg M, Denehy J, editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:259-280.

Bower K. Case management by nurses. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1988.

Crummer M.B., Carter V. Critical pathways — the pivotal tool. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1993;7(4):30-37.

Davis V. Staff development for nurse case management. In: Cohen E.L., editor. *Nurse case management in the 21st century*. St. Louis, MO: Mosby; 1996:189-196.

Flarey D.L., Blancett S.S. Handbook of nursing case management: Health care delivery in a world of managed care. Gaithersburg, MD: Aspen, 1996.

Newell M. Using case management to improve health outcomes. Gaithersburg, MD: Aspen, 1996.

Zander K. The impact of managing care on the role of a nurse. *Series on Nursing Administration*. 1993;5:65-82.

Cuidados com o CATETER Central de Inserção Periférica (PICC) (4220)

Definição: Inserção e manutenção de um cateter inserido periféricamente, localizado na linha intermediária ou central.

Atividades:

- Identificar o uso pretendido do cateter para determinar o tipo necessário (p. ex., medicamentos vesicantes ou irritantes devem ser administrados através do cateter inserido centralmente).
- Explicar ao paciente e à família a finalidade do cateter, seus benefícios e os riscos associados ao seu uso.
- Obter consentimento para realizar o procedimento de inserção, conforme apropriado.
- Selecionar o tamanho e o tipo adequados de cateter para atender às necessidades do paciente.
- Selecionar a veia antecubital mais acessível e menos utilizada (em geral, a veia basílica ou cefálica do braço dominante).
- Determinar a posição desejada da extremidade distal do cateter (p. ex., veia cava superior ou veia braquiocefálica e axilar ou subclávia).
- Orientar o paciente em relação ao fato de que o braço dominante é utilizado quando a colocação é feita pela veia cava superior para aumentar o fluxo de sangue e evitar edema.
- Posicionar o paciente em posição supina com o braço alinhado a um ângulo de 90 graus em relação ao corpo para inserção do cateter.
- Medir a circunferência da porção superior do braço.
- Medir a distância para inserir o cateter.
- Preparar o local para a inserção, conforme o protocolo da instituição.
- Orientar o paciente para voltar a cabeça na direção do braço a ser canulado e a baixar o queixo na direção do peito durante a inserção.
- Inserir o cateter usando técnica asséptica, de acordo com as instruções do fabricante e o protocolo da instituição.
- Conectar o extensor e aspirar para verificar retorno de sangue.
- Lavar com um jato de solução salina heparinizada, conforme apropriado.
- Fixar bem o cateter e aplicar curativo transparente estéril.
- Registrar a data e a hora do curativo.
- Verificar a colocação da extremidade do cateter por meio de raios X, conforme apropriado.
- Evitar o uso do braço afetado para aferição da pressão para punção.
- Monitorar a ocorrência de complicações imediatas, como sangramento, danos aos nervos ou ao tendão, descompressão cardíaca, dificuldade respiratória ou embolia pelo cateter.
- Monitorar o surgimento de sinais de flebite (p. ex., dor, hiperemia, calor na pele, edema).
- Usar técnica asséptica para a troca do curativo no local da inserção, conforme o protocolo da instituição.
- Orientar o paciente/família sobre a técnica de troca do curativo, conforme apropriado.

Lavar o cateter com solução adequada após cada uso.

Retirar coágulo da sonda, conforme o protocolo da instituição, conforme apropriado.

Orientar o paciente/família sobre técnicas de heparinização e administração de medicamentos, conforme apropriado.

Remover o cateter conforme as instruções do fabricante.

Documentar o motivo da retirada e as condições da extremidade do cateter.

Orientar o paciente a comunicar sinais de infecção (p. ex., febre, calafrios, drenagem no local da inserção).

Obter cultura da pele e do sangue (amostra retirada da via e do outro braço) se for percebida secreção purulenta.

Coletar a cultura da extremidade do cateter, conforme apropriado.

Manter precauções universais.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Camara D. Minimizing risks associated with peripherally inserted central catheters in the NICU. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2001;26(1):17.

Crawford M., Soukup M., Woods S.S., Deisch P. Peripherally inserted central catheter program. *Nursing Clinics of North America*. 2000;35(2):349-359.

Intravenous Nurses Society. Revised intravenous nursing standards of practice. *Journal of Intravenous Nursing*. 1998;21(1S):S1-S9.

Klien T. PICCs and midlines fine-tuning your care. *RN*. 2001;64(8):27-30.

Schmid M.W. Risks & complications of peripherally and centrally inserted intravenous catheters. *Perioperative Critical Care*. 2000;12(2):165-174.

Cuidados com CATETER: linha umbilical (1875)

Definição: Conduta com recém-nascido com um cateter umbilical.

Atividades:

Ajudar a inserir cateter umbilical nos neonatos quando indicado (p. ex., peso ao nascer < 1.500 g, ou choque).

Checar a posição do cateter por meio de exame radiográfico.

Infundir medicação e nutrientes, conforme ordem médica ou protocolo.

Conseguir pressão venosa ou arterial, conforme apropriado.

Aplicar medicamento antisséptico ao coto umbilical, conforme o protocolo.

Irrigar o cateter com solução heparinizada, conforme apropriado.

Mudar diariamente a válvula (*stopcock*) e sempre que necessário.

Firmar as conexões com esparadrapo se necessário para manter intacta a linha.

Higienizar a superfície externa com álcool, sempre que necessário.

Estabilizar o cateter com esparadrapo.

Imobilizar os tornozelos e os pulsos.

Documentar as reações do bebê à contenção, conforme o protocolo.

Oferecer amplitude de movimentos frequente aos membros contidos.

Higienizar o coto umbilical com álcool, sempre que necessário.

Posicionar o bebê de costas.

Documentar a aparência do local umbilical e as ações do enfermeiro.

Observar o surgimento de sinais que exijam a retirada do cateter (p. ex., perna sem pulso, escurecimento dos dedos dos pés, hipertensão, áreas avermelhadas em torno do umbigo e coágulos visíveis no cateter).

Retirar o cateter, conforme apropriado, conforme ordem médica ou protocolo, com movimento lento durante cinco minutos.

Aplicar pressão no umbigo ou colocar grampo no grampo com hemostat.

Deixar o umbigo sem cobertura.

Observar se ocorre hemorragia.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Merenstein G.B., Gardner S.L. Handbook of neonatal intensive care. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Pernoll M.L., Benda G.I., Babson S.G. Diagnosis and management of the fetus and neonate at risk: A guide for team care. St. Louis, MO: Mosby, 1986.

Pillitteri A. Nursing care of high-risk newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:747-795.

Controle de Edema CEREBRAL (2540)

Definição: Limitação de lesão cerebral secundária resultante de edema do tecido cerebral.

Atividades:

Monitorar a ocorrência de confusão, mudanças no estado mental, queixas de tontura, síncope.

Monitorar o estado neurológico atentamente e comparar com os dados iniciais.

Monitorar os sinais vitais.

Monitorar as características da drenagem do líquido cefalorraquidiano (LCR): cor, transparência, consistência.

Registrar a drenagem do líquido cefalorraquidiano (LCR).

Monitorar a pressão venosa central (PVC), a pressão da artéria pulmonar em cunha, a pressão da artéria pulmonar (PAP) PAWP e a PAP, conforme apropriado.

Monitorar a pressão intracraniana (PIC) e a pressão de perfusão cerebral (PCC).

Analisar as formas de onda PIC.

Monitorar a condição respiratória: frequência, ritmo, profundidade das respirações, PaO₂, pCO₂, pH e bicarbonato.

Possibilitar o retorno da pressão intracraniana (PIC) aos dados iniciais entre os cuidados de enfermagem.

Monitorar a PIC do paciente e a reação neurológica às atividades de cuidado.

Reduzir os estímulos no ambiente do paciente.

Planejar o atendimento de enfermagem para proporcionar períodos de repouso.

Administrar sedação conforme as necessidades.

Observar a mudança do paciente em resposta aos estímulos.

Monitorar o que o paciente está escutando.

Administrar anticonvulsivantes conforme apropriado.

Evitar flexão do pescoço, ou flexão extrema de quadril/joelho.

Evitar manobras de Valsalva.

Administrar emolientes fecais.

Posicionar a cabeceira da cama a 30 graus ou mais.

Evitar o uso de pressão expiratória positiva final (PEEP).

Administrar agente sedativo, conforme apropriado.

Encorajar a família/pessoa importante a conversar com o paciente.

Restringir líquidos.

Evitar líquidos hipotônicos IV.

Adaptar os parâmetros do respirador de modo a manter o PaCO₂ no nível prescrito.

Limitar a aspiração a menos de 15 segundos.

Monitorar os valores laboratoriais: séricos e osmolalidade urinária, sódio e potássio.

Monitorar os índices da pressão volumétrica.

Fazer exercícios passivos de amplitude de movimentos.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Manter a normotermia.

Administrar diuréticos ativos de alça ou osmóticos.

Implementar precauções contra convulsão.

Dosar os barbitúricos para obter supressão ou supressão de arrancada do EEG, conforme prescrito.

Estabelecer formas de comunicação: fazer perguntas com respostas „sim” e „não”, oferecer lousa mágica, papel e lápis, quadro de figuras, cartazes, dispositivo de auxílio à voz.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Core curriculum for critical care nursing, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.

American Academy of Pediatrics. The management of minor closed head injury in children. *Pediatrics*. 1999;104(6):1407-1415.

Orfanelli L. Neurologic examination of the toddler. *American Journal of Nursing*. 2001;101(12):24CC. 24FF

Yanko J.R., Mitcho K. Acute care management of severe traumatic brain injuries. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2001;23(4):1-23.

Promoção da Perfusão CEREBRAL (2550)

Definição: Promoção da perfusão adequada e limitação de complicações para paciente com ou em risco de perfusão cerebral inadequada.

Atividades:

Consultar o médico para determinar os parâmetros hemodinâmicos e manter esses parâmetros dentro dessa variação.

Induzir hipertensão com expansores de volume ou agentes inotrópicos ou vasoconstritores, conforme prescrito, para manter os parâmetros hemodinâmicos e manter/otimizar a pressão da perfusão cerebral (PPC).

Administrar e dosar fármacos vasoativos, conforme prescrito, para manter os parâmetros hemodinâmicos.

Administrar agentes para expandir o volume intravascular, conforme apropriado (p. ex., coloides, derivados do sangue e cristaloides).

Administrar expansores de volume para manter os parâmetros hemodinâmicos, conforme prescrito.

Monitorar o tempo da protrombina (TP) e o tempo parcial da tromboplastina (TTP) se utilizar expansor de volume.

Administrar agentes reológicos (p. ex., manitol de dosagem baixa ou glicose de baixo peso molecular), conforme prescrito.

Manter o nível do hematócrito em torno de 33% para terapia hipervolêmica com hemodiluição.

Realizar flebotomia no paciente, conforme apropriado, para manter o nível de hematócrito na variação desejada.

Manter o nível de glicose sérica dentro do limite normal.

Consultar o médico para determinar a melhor posição da cabeceira da cama (p. ex., 0, 15, ou 30 graus) e monitorar a resposta do paciente ao posicionamento da cabeceira.

Evitar flexão do pescoço, ou flexão exagerada do quadril/joelho.

Manter o nível do pCO₂ a 25 mm Hg ou mais.

Administrar bloqueadores do canal de cálcio, conforme prescrito.

Administrar vasopressina, conforme prescrito.

Administrar e monitorar os efeitos dos diuréticos osmóticos e ativos de alça e dos corticosteroides.

Administrar medicação para dor, conforme apropriado.

Administrar medicação anticoagulante, conforme prescrito.

Administrar medicamentos antiplaquetários, conforme prescrito.

Administrar medicamentos trombolíticos, conforme prescrito.

Monitorar o tempo da protrombina (TP) e o tempo parcial da tromboplastina (TTP) do paciente para mantê-los de uma a duas vezes normais, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais da terapia anticoagulante.

Monitorar a ocorrência de sinais de sangramento (p. ex., testar fezes e a drenagem pela sonda nasogástrica em busca de sangue).

Monitorar o estado neurológico.

Calcular e monitorar a pressão da perfusão cerebral (PPC).

Monitorar a PIC do paciente e sua resposta neurológica às atividades de cuidado.

Monitorar a pressão arterial média.

Monitorar a PVC.

Monitorar a pressão arterial em cunha e a PAP.

Monitorar a condição respiratória (p. ex., frequência, ritmo e profundidade das respirações; níveis do pO₂, pCO₂, pH e de bicarbonato).

Auscultar os sons pulmonares quanto à ocorrência de crepitações ou outros ruídos adventícios.

Monitorar a ocorrência de sinais de sobrecarga hídrica (p. ex., roncos, distensão da veia jugular, edema e aumento das secreções pulmonares).

Monitorar os determinantes da distribuição de oxigênio aos tecidos (p. ex., níveis do PaCO₂, SaO₂ e hemoglobina e débito cardíaco), se disponíveis.

Monitorar valores laboratoriais em relação a mudanças na oxigenação ou no equilíbrio ácido-básico, conforme apropriado.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Bronstein K.S., Popovich J.M., Stewart-Amidei C. Promoting stroke recovery: A research based approach for nurses. St. Louis, MO: Mosby, 1991.

Hickey J.V. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.

Hummel S.K. Cerebral vasospasm: Current concepts of pathogenesis and treatment. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1989;21(4):216-224.

Mitchell S.K., Yates R.R. Cerebral vasospasm: Theoretical causes, medical management and nursing implications. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1986;18(6):315-323.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2.

Stewart-Amidei C. Hypervolemic hemodilution: A new approach to subarachnoid hemorrhage. *Heart & Lung*. 1989;18(6):590-598.

Controle do CHOQUE (4250)

Definição: Facilitação do oferecimento de oxigênio e nutrientes a tecidos sistêmicos, com excreção de produtos de degradação celulares, em paciente com perfusão tissular alterada com gravidade.

Atividades:

Monitorar os sinais vitais, a pressão sanguínea ortostática, o estado mental e a eliminação urinária.

Posicionar o paciente para uma perfusão excelente.

Instituir e manter a desobstrução de vias aéreas conforme apropriado.

Monitorar a oximetria de pulsos conforme apropriado.

Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica conforme apropriado.

Monitorar ECG conforme apropriado.

Usar monitoramento por linha arterial para melhorar a precisão dos dados da pressão sanguínea, conforme apropriado.

Retirar gases do sangue arterial e monitorar a oxigenação tissular.

Monitorar as tendências da distribuição de oxigênio aos tecidos (p. ex., níveis de PaO₂, SaO₂, hemoglobina, DC), se possível.

Monitorar níveis sublinguais de dióxido de carbono/ou tonometria gástrica, conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de sintomas de falência respiratória (p. ex., níveis baixos de PaO₂, níveis elevados de PaCO₂, fadiga de músculos respiratórios).

Monitorar valores laboratoriais (p. ex., CSC com diferencial), perfil coagulatório, gasometria arterial, nível de lactato, culturas e perfil químico).

Inserir e manter acesso IV com calibre grande.

Administrar desafio com líquido IV enquanto monitora as pressões hemodinâmicas e a eliminação urinária, conforme apropriado.

Administrar líquidos intravenosos cristaloides ou coloidais, conforme apropriado.

Administrar células vermelhas em papa, plasma congelado fresco e/ou plaquetas, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de estado hiperdinâmico de choque séptico após reanimação com líquidos (p. ex., DC aumentado, RVS reduzida, pele ruborizada ou aumento da temperatura).

Administrar vasopressores conforme apropriado.

Administrar agentes antiarrítmicos conforme apropriado.

Iniciar logo a administração de agentes antimicrobianos e monitorar, atentamente, sua eficácia, conforme apropriado.

Administrar agentes anti-inflamatórios e/ou broncodilatadores conforme apropriado.

Monitorar a glicose sérica e tratar níveis anormais conforme apropriado.

Monitorar o estado hídrico, inclusive pesagens diárias, eliminação urinária/hora, ingestão e eliminação.

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia, liberação de creatinina).

Administrar diuréticos conforme apropriado.

Administrar terapia de reposição renal contínua ou hemodiálise, conforme apropriado.

Inserir sonda nasogástrica para aspirar e monitorar as secreções, conforme apropriado.

Administrar trombolíticos conforme apropriado.

Administrar proteína C ativada recombinatória conforme apropriado.

Administrar vasopressina em baixa dose conforme apropriado.

Administrar corticosteroides conforme apropriado.

Administrar inotropos conforme apropriado.

Administrar venodilatadores conforme apropriado.

Administrar TVP e profilaxia para úlcera de estresse conforme apropriado.

Oferecer apoio emocional ao paciente e familiares, encorajando expectativas realistas.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Ahrens T., Tuggle D., Surviving sever sepsis: Early recognition and treatment. *Critical Care Nurse*. Suppl. 2004:2-15.

Albright T.N., Zimmerman M.A., Selzman C.H. Vasopressin in the cardiac surgery intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2002;11(4):326-330.

American Heart Association. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl.):IV1-IV203.

Bridges E.J., Dukes S. Cardiovascular aspects of septic shock-pathophysiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse*. 2005;25(2):14-42.

Dellinger R.P., Carlet J.M., Masur H., Gerlach H., Calandra T., Cohen J., Gea-Banacloche J., Keh D., Marshall J.C., Parker M.M., Ramsay G., Zimmerman J.L., Vincent J., Levy M.M. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care Medicine*. 2004;32(3):858-873.

Flynn M.B., McLeskey S. Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In: Morton P.G., Fontaine D.K., Hudak C.M., Gallo B.M., editors. *Critical care nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Porth C.M. Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Fazbir J. Sepsis and the role of activated protein C. *Critical Care Nurse*. 2004;24(6):40-45.

Controle do CHOQUE: cardiogênico (4254)

Definição: Promoção de perfusão tissular adequada a paciente com função de bombeamento para o coração gravemente comprometida.

Atividades:

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído.

Auscultar os sons pulmonares em relação a crepitações ou outros sons estranhos.

Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído.

Monitorar a ocorrência de perfusão arterial coronariana inadequada (mudanças ST no ECG, enzimas cardíacas aumentadas, angina), conforme apropriado.

Monitorar estudos coagulatórios, inclusive tempo da protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação de fibrina/produtos fragmentados (*split*) e contagens plaquetárias, conforme apropriado.

Monitorar e avaliar indicadores de hipóxia tissular (saturação de oxigênio venoso misto, saturação de oxigênio venoso central, níveis de lactato sérico, capnometria sublingual).

Administrar oxigênio suplementar conforme apropriado.

Manter uma pré-carga excelente administrando líquidos ou diuréticos IV, conforme apropriado.

Preparar o paciente para revascularização cardíaca (intervenção coronariana percutânea ou enxerto para desvio de artéria coronária).

Administrar medicamentos inotrópicos positivos/para capacidade de contrair-se, conforme apropriado.

Promover a redução da pós-carga (p. ex., com vasodilatadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, ou bomba com balão intra-aórtico), conforme apropriado.

Promover uma pré-carga excelente enquanto minimiza a pós-carga (p. ex., administrar nitratos ao mesmo tempo que mantém a pressão oclusiva da artéria pulmonar dentro de variações prescritas), conforme apropriado.

Promover uma perfusão adequada do sistema de órgãos (com reanimação com líquidos e/ou vasopressores para manter a pressão arterial média > 60 mm Hg), conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Antman E.M., Anbe D.T., Armstrong P.W., Bates E.R., Green L.A., Hand M., Hochman J.S., Krumholz H.M., Kushner F.G., Lamas G.A., Mullany C.J., Ornato J.P., Pearle D.L., Sloan M.A., Smith S.C.Jr., ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction) 2005. Retrieved April 18, 2005 from http://www.guideline.gov/summary/word.aspx?doc_id=5457&stat=1&string=.

Bridgesch E.J., Dukes M.S. Cardiovascular aspects of septic shock: Pathophysiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse*. 2005;25:14-40.

Hollenberg S.M., Ahrens T.S., Annane D., Astiz M.E., Chalfin D.B., Dasta J.F., Heard S.O., Martin C., Napolitano L.M., Susal G.M., Totaro R., Vincent J., Zanotti-Cavazzoni S. Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients: 2004 update. *Critical Care Medicine*. 2004;32:1928-1948.

Irwin R.S., Rippe J.M., editors. Irwin and Rippe's intensive care medicine, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

McCance K.L., Huether S.E. Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Controle do CHOQUE: hipovolêmico (4258)

Definição: Promoção de perfusão tissular adequada para paciente com volume intravascular gravemente comprometido.

Atividades:

Monitorar a ocorrência de perda repentina de sangue, desidratação grave ou sangramento persistente.

Checar todas as secreções quanto a sangue franco ou oculto.

Evitar perda de volume de sangue (p. ex., aplicar pressão ao local do sangramento).

Monitorar a ocorrência de queda na pressão sanguínea sistólica para menos de 90 mmHg, ou queda de 30 mmHg em pacientes hipertensos.

Monitorar os níveis sublinguais de dióxido de carbono.

Monitorar o aparecimento de sinais/sintomas de choque hipovolêmico (p. ex., aumento da sede, FC aumentada, RVS aumentada, DU diminuído, ruídos hidroaéreos diminuídos, perfusão periférica diminuída, estado mental alterado ou respirações alteradas).

Posicionar o paciente para uma perfusão excelente.

Inserir e manter acesso IV de calibre grande.

Administrar líquidos IV, como cristaloides ou coloides isotônicos, conforme apropriado.

Administrar líquidos IV e derivados do sangue aquecidos, conforme indicação.

Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica, conforme apropriado.

Retirar gases do sangue arterial e monitorar a oxigenação dos tecidos.

Monitorar o nível de hemoglobina/hematócritos.

Administrar derivados do sangue (p. ex., papa de hemácias, plaquetas, ou plasma fresco congelado), conforme apropriado.

Monitorar exames coagulatórios, inclusive tempo da protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados e contagens plaquetárias, conforme apropriado.

Monitorar exames laboratoriais (p. ex., lactato sérico, equilíbrio ácido-base, perfis metabólicos e eletrólitos).

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Heart Association. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl.):IV1-IV203.

Flynn M.B., McLeskey S. Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In: Morton P.G., Fontaine D.K., Hudak C.M., Gallo B.M., editors. *Critical care nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Kuhlman D.K., editor. Resuscitation: Fluid therapy. Congress Review: Cutting edge therapeutics. 32nd Critical Care Congress 2003 in San Antonio, TX. Des Plaines, IL: Society of Critical Care Medicine, 2003.

Porth C.M. *Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Smeltzer S.C., Bare B.G. *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

Controle do CHOQUE: vasogênico (4256)

Definição: Promoção de uma perfusão tissular adequada para paciente com perda grave de tônus vascular.

Atividades:

Monitorar a ocorrência de mudanças fisiológicas relativas à perda de tônus vascular (p. ex., observar FC diminuída, bradicardia, taquipneia, pressão de pulso diminuída, ansiedade, oligúria).

Colocar o paciente em posição supinada, com as pernas elevadas, para aumento da pré-carga, conforme apropriado.

Considerar a posição de Trendelenburg se lesão encefálica tiver sido descartada.

Administrar oxigênio com fluxo elevado, conforme apropriado.

Administrar epinefrina por via SC, EV ou TE para anafilaxia, se adequado.

Auxiliar na entubação endotraqueal imediata conforme apropriado.

Monitorar o ECG.

Administrar atropina para bradicardia conforme apropriado.

Usar marcapasso transcutâneo conforme apropriado.

Monitorar veste pneumática antichoque conforme apropriado.

Manter dois locais de acesso intravascular de calibre grande.

Administrar cristaloides isotônicos como doses em *bolus*, mantendo a pressão sistólica a 90 mmHg ou mais, conforme apropriado.

Administrar anti-histamínico e/ou corticosteroide, conforme apropriado.

Administrar vasopressores.

Tratar doses exageradas com agente adequado de reversão.

Inserir sonda NG e administrar lavagem com carvão, conforme apropriado.

Monitorar a temperatura do corpo.

Evitar hipotermia com cobertores de aquecimento.

Tratar a hipertermia com fármacos antipiréticos, colchão de resfriamento ou banho de esponja.

Evitar ou controlar tremores com medicamento ou enrolando as extremidades.

Monitorar as tendências nos parâmetros hemodinâmicos (p. ex., PVC, PAM, PAP, PACP).

Administrar antibióticos conforme apropriado.

Administrar medicamentos anti-inflamatórios conforme apropriado.

Evitar estímulos que precipitem uma reação neurogênica (p. ex., estimulação da pele, distensão da bexiga, ou constipação).

Monitorar exames coagulatórios, inclusive tempo da protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados e contagens plaquetárias, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Ahrens T., Tuggle D., Surviving sever sepsis: Early recognition and treatment. *Critical Care Nurse*. Suppl. 2004;2-15.

American Heart Association. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl.):IV1-IV203.

Bridges E.J., Dukes S. Cardiovascular aspects of septic shock-pathophysiology, monitoring, and treatment. *Critical Care Nurse*. 2005;25(2):14-42.

Dellinger R.P., Carlet J.M., Masur H., et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care Medicine*. 2004;32(3):858-873.

Flynn M.B., McLeskey S. Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In: Morton P.G., Fontaine D.K., Hudak C.M., Gallo B.M., editors. *Critical care nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Prevenção do CHOQUE (4260)

Definição: Detecção e tratamento de paciente com risco de choque iminente.

Atividades:

Monitorar respostas iniciais de compensação a choque (p. ex., pressão sanguínea normal, pressão de pulsos estreitada, hipotensão ortostática leve (15 a 20 mmHg), retil capilar levemente atrasado, pele pálida/fria, ou pele avermelhada, leve taquipneia, náusea e vômito, sede aumentada ou fraqueza).

Monitorar o aparecimento de sinais iniciais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (p. ex., aumento da temperatura, taquicardia, taquipneia, hipocarbúria, leucocitose ou leucopenia).

Monitorar o aparecimento dos primeiros sinais de reações alérgicas (p. ex., rinite, espirros, estridor, dispneia, comichão, urticária e vergões, angioedema cutâneo, distúrbios GI, dor abdominal, diarreia, ansiedade e inquietação).

Monitorar o aparecimento dos primeiros sinais de comprometimento cardíaco (p. ex., declínio do DC e da eliminação urinária, RVS e PACP aumentadas, crepitações pulmonares, sons cardíacos B3 e B4 e taquicardia).

Monitorar possíveis fontes de perda de líquido (p. ex. sonda torácica, ferimento e drenagem nasogástrica; drenagem; diarreia; vômito e aumento da cintura abdominal e da circunferência das extremidades, hematêmese ou hematoquezia).

Monitorar o estado circulatório (p. ex., pressão sanguínea, cor da pele, temperatura da pele, sons cardíacos, frequência e ritmo cardíacos, presença e qualidade de pulsos periféricos e retil capilar).

Monitorar o aparecimento de sinais de oxigenação tissular inadequada (p. ex., apreensão, aumento da ansiedade, mudanças no estado mental, agitação, oligúria e periferias frias e manchadas).

Monitorar a oximetria das pulsações.

Monitorar temperatura e estado respiratório.

Monitorar o ECG.

Monitorar pesagens diárias, ingestão e eliminação.

Monitorar dados laboratoriais, em especial, níveis de Hb e Ht, perfil coagulatório, gasometria arterial, nível de lactato, níveis eletrolíticos, culturas e perfil químico.

Monitorar parâmetros hemodinâmicos invasivos (p. ex., PVC, PAM e saturação do oxigênio venoso central/misto), conforme apropriado.

Monitorar CO₂ sublingual ou tonometria gástrica, conforme apropriado.

Observar contusões, petéquias e condição das mucosas.

Registrar cor, quantidade e frequência das fezes, do vômito e de drenagem nasogástrica.

Examinar a urina quanto a sangue e proteínas, conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de sinais/sintomas de ascite e dor abdominal ou nas costas.

Colocar o paciente em supino, posicionando-o com as pernas elevadas (volume, vasogênico), ou em supino, cabeça e ombros erguidos (cardiogênico), conforme apropriado.

Instituir e manter via aérea desobstruída, conforme apropriado.

Administrar líquidos IV e/ou orais, conforme apropriado.

Inserir e manter acesso IV de calibre grande, conforme apropriado.

Administrar desafio hídrico IV enquanto monitora pressões hemodinâmicas e eliminação de urina, conforme apropriado.

Administrar antiarrítmicos, diuréticos e/ou vasopressores, conforme apropriado.

Administrar papa de hemácias, plasma fresco congelado e/ou plaquetas, conforme apropriado.

Iniciar bem cedo administração de agentes antimicrobianos e monitorar, atentamente, sua eficácia, conforme apropriado.

Administrar oxigênio e/ou ventilação mecânica, conforme apropriado.

Administrar agentes e/ou broncodilatadores, conforme apropriado.

Monitorar a glicose do sangue e administrar terapia com insulina, conforme apropriado.

Administrar epinefrina IV, intraóssea ou endotraqueal, conforme apropriado.

Ensinar o paciente a evitar alergênicos conhecidos e a usar um *kit* de anafilaxia, conforme apropriado.

Fazer exames da pele para determinar os agentes causadores da anafilaxia e/ou reações alérgicas, conforme apropriado.

Aconselhar os pacientes com risco de reações alérgicas graves a fazerem terapia de dessensibilização.

Aconselhar pacientes com risco a usarem ou portarem informações de alerta médico.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre fatores que precipitam choque.

Orientar o paciente e a família sobre sinais/sintomas de choque iminente.

Orientar o paciente e a família sobre as etapas a serem implementadas diante de início de sintomas de choque.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Ahrens T., Tuggle D., Surviving severe sepsis: Early recognition and treatment. *Critical Care Nurse*. Suppl. 2004:2-15

American Heart Association. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl.):IV1-IV203.

Flynn M.B., McLeskey S. Shock, systemic inflammatory response syndrome, and multiple organ dysfunction syndrome. In: Morton P.G., Fontaine D.K., Hudak C.M., Gallo B.M., editors. *Critical care nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Porth C.M. Essentials of pathophysiology: Concepts of altered health states. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Precauções CIRCULATÓRIAS (4070)

Definição: Proteção de uma área localizada com perfusão limitada.

Atividades:

Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade).

Não iniciar terapia IV ou retirada de sangue na extremidade afetada.

Evitar verificar a pressão sanguínea na extremidade afetada.

Evitar aplicar pressão ou torniquete à extremidade afetada.

Manter a hidratação adequada para evitar o aumento da viscosidade do sangue.

Evitar lesão na área afetada.

Prevenir infecção nas feridas.

Orientar o paciente para que teste a água do banho antes de entrar para evitar queimaduras na pele.

Orientar o paciente sobre cuidados com os pés e as unhas.

Orientar o paciente e a família sobre proteção contra lesão na área afetada.

Monitorar as extremidades quanto a áreas de calor, vermelhidão, dor ou edema.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Outcome standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G.M. Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

DeAngelis R. The cardiovascular system. In: Alspach J, editor. *AACN Core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:132-314.

Doyle J., Johantgen M., Vitello-Cicciu J. Vascular disease. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:607-634.

LeMone P., Burke K.M. *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000:1253-1257.

Cuidados CIRCULATÓRIOS: equipamento de suporte circulatório mecânico (4064)

Definição: Suporte temporário da circulação com o uso de dispositivos ou bombas mecânicas.

Atividades:

Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades).

Monitorar a capacidade sensorial e cognitiva.

Monitorar o grau de desconforto ou dor no peito.

Avaliar pressões da artéria pulmonar, pressões sistêmicas, débito cardíaco e resistência vascular sistêmica, conforme indicação.

Auxiliar na inserção ou implantação do dispositivo.

Observar a ocorrência de hemólise, conforme indicado por sangue na urina, amostras hemolisadas de sangue, aumento diário da hemoglobina sérica, sangramento vivo e hipercalemia.

Observar as cânulas em busca de dobras ou desconexões.

Determinar tempos de coagulação ativada de hora em hora, conforme apropriado.

Administrar anticoagulantes ou antitrombolíticos, conforme prescrição.

Monitorar regularmente o equipamento para garantir o funcionamento correto.

Ter sempre disponível equipamento de suporte.

Administrar agentes inotrópicos positivos, conforme apropriado.

Monitorar os perfis coagulatórios a cada seis horas, conforme apropriado.

Administrar derivados do sangue, conforme apropriado.

Monitorar o débito urinário de hora em hora.

Monitorar diariamente eletrólitos, ureia e creatinina.

Monitorar o peso diariamente.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Obter diariamente radiografia torácica.

Usar técnica asséptica rigorosa ao trocar os curativos.

Administrar antibióticos profiláticos.

Monitorar a ocorrência de febre e leucocitose.

Coletar cultura de sangue, urina, escarro e ferida em caso de temperaturas superiores de 38° C, conforme apropriado.

Administrar soluções antifúngicas orais.

Administrar nutrição parenteral total, conforme apropriado.

Administrar medicação para a dor, se necessário.

Orientar o paciente e familiares sobre o equipamento.

Oferecer apoio emocional ao paciente e aos familiares.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

LeMone P., Burke K.M. Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000:1110-1112.

Ruzevich S. Cardiac assist devices. In: Clochesy J.M., Breu C, Cardin S, Rudy E.B., Whittaker A.A., editors. *Critical care nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993:183-192.

Cuidados CIRCULATÓRIOS: insuficiência arterial (4062)

Definição: Promoção da circulação arterial.

Atividades:

Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura).

Determinar o índice tornozelo-braquial, conforme apropriado.

Avaliar edema e pulsos periféricos.

Examinar a pele em busca de úlceras arteriais e ruptura tissular.

Monitorar o grau de desconforto ou dor com o exercício à noite ou durante o repouso.

Colocar a extremidade em posição pendente, conforme apropriado.

Administrar medicamentos antiplaquetários ou anticoagulantes, conforme apropriado.

Mudar a posição do paciente, no mínimo, a cada duas horas, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a fazer exercícios conforme a tolerância.

Proteger a extremidade contra lesão (p. ex., pele de ovelha sob os pés e da porção inferior das pernas, estrutura de apoio aos pés da cama, sapatos confortáveis).

Oferecer calor (p. ex., roupas de cama adicionais, aumento da temperatura ambiente), conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre os fatores que interferem na circulação (p. ex., tabagismo, roupas apertadas, exposição a temperaturas frias e cruzamento de pernas e pés).

Orientar o paciente sobre o uso de calçados corretos.

Evitar a aplicação de calor direto na extremidade.

Manter uma hidratação adequada para reduzir a viscosidade sanguínea.

Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação.

Implementar o cuidado das feridas, conforme apropriado.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Anonymous. Arterial vs. venous ulcers: Diagnosis and treatment. *Advances in Skin & Wound Care*. 2001;14(3):146-149.

Hayward L. Wound care. Patient-centered leg ulcer care. *Nursing Times*. 2002;98(2):59. 61

Hiatt W.R., Regensteiner J.G. Nonsurgical management of peripheral arterial disease. *Hospital Practice*. 1993;28(2):59-70.

Cuidados CIRCULATÓRIOS: insuficiência venosa (4066)

Definição: Promoção da circulação venosa.

Atividades:

Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura).

Avaliar edema e pulsos periféricos.

Examinar a pele em busca de úlceras por estase e ruptura tissular.

Implementar cuidados de feridas (desbridamento, terapia antimicrobiana), conforme a necessidade.

Aplicar o curativo apropriado ao tamanho e tipo da ferida, conforme apropriado.

Monitorar o grau de desconforto ou dor.

Orientar o paciente sobre a importância da terapia de compressão.

Aplicar modalidades de terapia de compressão (ataduras com mais ou menos elasticidade), conforme apropriado.

Elevar o membro afetado em 20 graus ou mais acima do nível do coração, conforme apropriado.

Mudar a posição do paciente, no mínimo, de duas em duas horas, conforme apropriado.

Encorajar exercícios passivos ou ativos de amplitude de movimentos, em especial os exercícios para as extremidades inferiores, durante o repouso no leito.

Administrar medicamentos antiplaquetários ou anticoagulantes, conforme apropriado.

Proteger a extremidade contra lesão (p. ex., pele de ovelha debaixo dos pés e porção inferior das pernas, suporte para pés/estrutura de apoio nos pés da cama, sapatos confortáveis).

Orientar o paciente sobre o cuidado correto dos pés.

Manter uma hidratação adequada para diminuir a viscosidade do sangue.

Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Anonymous. Arterial vs. venous ulcers: Diagnosis and treatment. *Advances in Skin & Wound Care*. 2001;14(3):146-149.

Hayward L. Wound care. Patient-centered leg ulcer care. *Nursing Times*. 2002;98(2):59. 61

Hess C.T. Clinical management extra: Management of a venous ulcer: A case study approach. *Advances in Skin & Wound Care*. 2001;14(3):148-149.

Kunimoto B.T. Management and prevention of venous leg ulcers: A literature-guided approach. *Ostomy/Wound Management*. 2001;47(6):36-49.

Cuidados com a CIRCUNCISÃO (3000)

Definição: Apoio pré-procedimento e pós-procedimento a homens submetidos a circuncisão.

Atividades:

Certificar-se de que o formulário de consentimento cirúrgico está assinado corretamente.

Certificar-se da identificação correta do paciente.

Administrar o medicamento pré-procedimento para controle da dor cerca de uma hora antes do procedimento (i.e., acetaminofeno).

Posicionar o paciente em posição confortável durante o procedimento.

Usar um assento forrado para circuncisão no caso dos bebês.

Usar aquecedor irradiador para manter a temperatura do corpo durante o procedimento.

Proteger os olhos do bebê da luz direta.

Usar, durante o procedimento, chupeta que foi imersa em sacarose, mantendo-a até a próxima alimentação, com permissão do pai/responsável.

Oferecer carinho à porção superior do corpo do bebê durante a circuncisão.

Tocar música suave e adequada durante o procedimento.

Monitorar os sinais vitais.

Administrar agente anestésico local tópico, conforme prescrição.

Ajudar o médico a bloquear o nervo peniano dorsal, conforme apropriado.

Aplicar óleo mineral branco e/ou curativo, conforme apropriado.

Monitorar a possibilidade de sangramento a cada 30 minutos, no mínimo, nas primeiras duas horas após o procedimento.

Oferecer controle da dor após o procedimento a cada quatro a seis horas (*i.e.*, acetaminofeno).

Orientar o paciente/pais sobre sinais e sintomas a serem informados ao médico (p. ex., aumento da temperatura, sangramento, edema, incapacidade para urinar).

Promover as adaptações culturais.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Alkalay A.L., Sola A. Analgesia and local anesthesia for non-ritual circumcision in stable healthy newborns. *Neonatal Intensive Care*. 2000;13(2):19-22.

Joyce B.A., Keck J.F., Gerkenmeyer J. Evaluation of pain management interventions for neonatal circumcision pain. *Journal of Pediatric Health Care*. 2001;15(3):105-114.

Williamson M.L. Circumcision anesthesia: A study of nursing implications for dorsal penile nerve block. *Pediatric Nursing*. 1997;12(1):59-63.

University of Iowa Hospital and Clinics, Children's and Women's Services, Department of Nursing. Circumcision standard of practice. Iowa City, Iowa: Author, 2000.

Assistência CIRÚRGICA (2900)

Definição: Assistência ao cirurgião/dentista em procedimentos cirúrgicos e cuidados do paciente cirúrgico.

Atividades:

Determinar o equipamento, instrumentos e suprimentos necessários aos cuidados do paciente numa cirurgia, além das providências quanto à disponibilidade.

Reunir o equipamento, os instrumentos e os itens para a cirurgia.

Preparar suprimentos, fármacos e soluções de uso, conforme indicado.

Checar instrumentos e organizá-los em ordem de uso.

Acender e posicionar as luzes.

Posicionar a mesa de instrumentos e de suprimentos perto do campo cirúrgico.

Antecipar e oferecer os suprimentos e equipamento necessários durante o procedimento.

Segurar tecidos com firmeza, conforme apropriado.

Dissecar tecidos, conforme apropriado.

Irrigar e fazer sucção em ferimento cirúrgico, conforme apropriado.

Proteger tecidos, conforme apropriado.

Providenciar exposição cirúrgica.

Providenciar hemostasia, conforme apropriado.

Limpar periodicamente os instrumentos para retirar sangue e gorduras.

Auxiliar a calcular perda de sangue.

Preparar amostras e cuidar delas, conforme apropriado.

Passar informações à equipe cirúrgica, conforme apropriado.

Comunicar o estado do paciente e seu progresso à família, conforme apropriado.

Providenciar o equipamento necessário logo após a cirurgia.

Ajudar a transferir o paciente para a maca ou a cama e transportá-lo à área adequada de pós-anestesia ou pós-operatório.

Informar ao enfermeiro na pós-anestesia ou pós-operatório as informações pertinentes sobre o paciente e o procedimento realizado.

Documentar as informações, conforme a política da instituição.

Ajudar na retirada do equipamento, dos suprimentos e dos instrumentos após a cirurgia.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Operating Room Nurses. Standards and recommended practices. Denver: Author, 1993.

Kneedler J., Dodge G. Perioperative patient care: The nursing perspective. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1994.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Precauções CIRÚRGICAS (2920)

Definição: Minimização do potencial de lesão iatrogênica em paciente relativa a um procedimento cirúrgico.

Atividades:

Checar o monitor com fio-terra.

Confirmar o funcionamento correto do equipamento.

Checar a sucção quanto à pressão correta e ao agrupamento completo de itens da máscara de gás/cilindros, sonda e cateteres.

Retirar todo o equipamento sem segurança.

Confirmar o consentimento para a cirurgia e outros tratamentos, conforme apropriado.

Confirmar com o paciente, ou outros apropriados, o local do procedimento e da cirurgia.

Confirmar se está correta a pulseira de identificação do paciente e a pulseira do tipo sanguíneo.

Pedir ao paciente para dizer seu nome, ou pedir isso à pessoa adequada.

Garantir a documentação e a comunicação de quaisquer alergias.

Contar esponjas, objetos cortantes e instrumentos antes, durante e após a cirurgia, conforme a política da instituição.

Registrar os resultados das contagens conforme a política da instituição.

Remover e guardar próteses de forma adequada.

Providenciar unidade eletrocirúrgica, forro de aterramento e eletrodo ativo, como convier.

Confirmar a integridade dos fios elétricos.

Confirmar o funcionamento correto da unidade eletrocirúrgica.

Confirmar a ausência de marca-passo cardíaco, outros implantes elétricos ou próteses metálicas que contraindiquem o uso de cauterização eletrocirúrgica.

Confirmar que o paciente não esteja tocando o metal.

Examinar a pele do paciente no local do forro do aterramento.

Aplicar forro de aterramento à pele seca e intacta, com pelos mínimos, sobre grandes massas de músculos e o mais perto possível do local da cirurgia, se possível.

Confirmar se as soluções preparatórias não são inflamáveis.

Proteger o forro de aterramento contra soluções preparatórias e de irrigação e contra danos.

Aplicar e usar *holster* para armazenar eletrodos ativos durante a cirurgia.

Ajustar correntes de coagulação e corte, conforme instrução do médico ou a política da instituição.

Examinar a pele do paciente em relação a lesão após uso da eletrocirurgia.

Documentar as informações adequadas no prontuário cirúrgico.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Operating Room Nurses. Standards and recommended practices. Denver: Author, 1993.

Emergency Care Research Institute. Electrosurgery. In *Operating room risk management*. Plymouth Meeting, PA: Author, 1990.

Fairchild S. Perioperative nursing: Principles and practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1993.

Kneedler J., Dodge G. Perioperative patient care: The nursing perspective. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1994.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Definição: Oferecimento de cuidados a paciente logo antes de uma cirurgia e confirmação dos procedimentos/exames necessários e a documentação no prontuário clínico.

Atividades:

Identificar o nível de ansiedade/medo do paciente em relação ao procedimento cirúrgico.

Reforçar informações de ensino pré-operatório.

Checar a listagem pré-operatória.

Garantir que o paciente esteja em NPO, conforme apropriado.

Garantir que estejam registrados no prontuário histórico e exames físicos completos.

Confirmar se o consentimento para a cirurgia está assinado corretamente.

Confirmar se os resultados de testes diagnósticos e exames laboratoriais estão no prontuário.

Confirmar se há transfusões de sangue disponíveis, conforme apropriado.

Confirmar se foi realizado ECG, conforme apropriado.

Listar as alergias bem na parte da frente, no prontuário do paciente.

Informar considerações especiais de cuidados, como cegueira, perda auditiva ou deficiência à equipe do setor cirúrgico, conforme apropriado.

Determinar se os desejos do paciente sobre cuidados de saúde são conhecidos (p. ex., orientações antecipadas, cartões de doador de órgão).

Confirmar se está legível e no lugar certo a pulseira de identificação do paciente, a pulseira de alergias e a pulseira com o tipo sanguíneo.

Tirar adornos e/ou colocar esparadrapo sobre os anéis, conforme apropriado.

Tirar esmalte das unhas, maquilagem e enfeites do cabelo, conforme apropriado.

Tirar dentaduras, óculos, lentes de contato ou outras próteses, conforme apropriado.

Garantir que dinheiro ou objetos de valor estejam em lugar seguro, conforme apropriado.

Administrar medicamentos de preparação intestinal, conforme apropriado.

Explicar os medicamentos pré-operatórios que serão usados, se conveniente.

Administrar e documentar os medicamentos pré-operatórios, conforme apropriado.

Iniciar terapia IV conforme orientações.

Enviar os medicamentos, ou o equipamento necessário, junto com o paciente, ao centro cirúrgico, conforme apropriado.

Inserir sonda NG ou cateter de Foley, conforme apropriado.

Explicar sondas e equipamento associados às atividades preparatórias.

Realizar a tricotomia/retirada de pelos, chuveirada, enema e/ou ducha, conforme apropriado.

Aplicar meias antiembolia, conforme apropriado.

Aplicar luvas do dispositivo de compressão em sequência, conforme apropriado.

Orientar o paciente a urinar imediatamente antes dos medicamentos pré-operatórios, conforme apropriado.

Verificar se o paciente está com as roupas adequadas, com base na política local.

Apoiar o paciente que está altamente ansioso/com medo.

Ajudar o paciente a passar para a maca para ser transportado, conforme apropriado.

Dar tempo aos familiares para que conversem com o paciente antes do transporte.

Encorajar os pais a acompanharem o filho ao centro cirúrgico, conforme apropriado.

Dar informações à família sobre áreas de espera e horários de visita a pacientes cirúrgicos.

Dar apoio aos membros da família, conforme apropriado.

Preparar o quarto para a volta do paciente no pós-operatório.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Perioperative nursing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:896-935.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Estimulação COGNITIVA (4720)

Definição: Promoção da percepção e compreensão do ambiente por meio do uso de estímulos planejados.

Atividades:

Consultar a família para estabelecer o nível cognitivo do paciente antes do trauma.

Informar o paciente sobre eventos recentes e não ameaçadores.

Oferecer estímulos ambientais pelo contato com vários profissionais.

Apresentar a mudança gradualmente.

Oferecer um calendário.

Estimular a memória, repetindo o último pensamento expresso pelo paciente.

Orientar sobre tempo, lugar e pessoas.

Conversar com o paciente.

Oferecer estimulação sensorial planejada.

Usar TV, rádio ou música como parte do programa planejado de estímulos.

Possibilitar períodos de repouso.

Colocar objetos familiares e fotografias no ambiente do paciente.

Usar a repetição para apresentar novos materiais.

Variar os métodos de apresentação do material.

Usar auxiliares mnemônicos: listas de verificação, horários e avisos de lembrança.

Reforçar ou repetir informações.

Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva.

Pedir ao paciente para repetir as informações.

Usar o toque terapêutico.

Dar instruções verbais e por escrito.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Guentz S.J. Cognitive rehabilitation of the head-injured patient. *Critical Care Nursing Quarterly*. 1987;10(3):51-57.

Kater K.M. Response of head-injured patients to sensory stimulation. *Western Journal of Nursing Research*. 1989;11(1):20-33.

Livingston G., Johnston K., Katona C., Paton J., Lyketsos C.G. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(11):1996-2021.

Pearson G. Psychopharmacology. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:243-286.

Phylar P.A. Management of the agitated and aggressive head injury patient in an acute hospital setting. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1989;21(6):353-356.

Rosenthal M., Griffith E.R. Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury. Philadelphia: F.A. Davis, 1990.

Schutte D.L., McGonigal-Kenney M. Non-Pharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2004.

Reestruturação COGNITIVA (4700)

Definição: Desafio ao paciente para alterar padrões distorcidos de pensamento e perceber a si mesmo e o mundo de forma mais realista.

Atividades:

Ajudar o paciente a aceitar o fato de que autoafirmações são mediadores do despertar emocional.

Ajudar o paciente a compreender que a incapacidade para atingir comportamentos desejáveis resulta, com frequência, de autoafirmações irracionais.

Ajudar o paciente a modificar autoafirmações irracionais para torná-las racionais.

Indicar estilos de pensamento disfuncional (p. ex., pensamento polarizado, generalização excessiva, aumento exagerado, personalização).

Auxiliar o paciente na verbalização de emoções dolorosas que ele está experimentando (p. ex., raiva, ansiedade, desesperança).

Auxiliar o paciente a identificar os estressores percebidos (p. ex., situações, eventos, interações com outras pessoas) que contribuam com seu estresse.

Auxiliar o paciente a identificar as próprias interpretações errôneas acerca dos estressores percebidos.

Auxiliar o paciente a reconhecer a irracionalidade de algumas crenças comparadas à realidade concreta.

Auxiliar o paciente a substituir interpretações errôneas por interpretações de situações, eventos e interações estressantes baseadas na realidade.

Fazer afirmações/perguntas que desafiem a percepção/comportamento do paciente, conforme apropriado.

Fazer afirmações que descrevam uma forma alternativa de perceber uma situação.

Ajudar o paciente a identificar um sistema de crenças que afete a condição de saúde.

Fazer uso do sistema normal de crenças do paciente para perceber a situação de modo diferente.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

McKay M., Davis M., Fanning P. *Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention*. Richmond, CA: New Harbinger Publication, 1981.

Mohr W.K. Neuroscience: Biology and behavior. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:37-54.

Pender N. *Health promotion in nursing practice*, 3rd ed. Stanford, CT: Appleton & Lange, 1996.

Scandrett-Hibdon S. Cognitive reappraisal. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:462-471.

Controle do COMPORTAMENTO (4350)

Definição: Ajuda a paciente para controle de comportamento negativo.

Atividades:

Responsabilizar o paciente por seu comportamento.

Comunicar a expectativa de que o paciente manterá o controle.

Consultar a família para estabelecer o nível cognitivo do paciente.

Fixar limites com o paciente.

Evitar discutir ou barganhar em relação aos limites fixados com o paciente.

Estabelecer rotinas.

Estabelecer regularidade na rotina de cuidados e no ambiente a cada turno.

Usar a repetição coerente de rotinas de saúde como forma de fixá-las.

Evitar interrupções.

Aumentar a atividade física, conforme apropriado.

Limitar o número de cuidadores.

Usar tom de voz suave e baixo.

Evitar „encurrular” o paciente.

Redirecionar a atenção para longe da fonte de agitação.

Evitar a projeção de uma imagem ameaçadora.

Evitar discutir com o paciente.

Ignorar comportamentos inadequados.

Desencorajar comportamento passivo-agressivo.

Elogiar tentativas de autocontrole.

Medicar quando necessário.

Aplicar contenção em pulsos/pernas/tórax, conforme necessário.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

American Nurses' Association Council in Medical-Surgical Nursing Practice & American Association of Neuroscience Nurses. Neuroscience nursing practice: Process and outcome for selected diagnoses. Kansas City, MO: American Nurse's Association, 1985.

Boyd M.A. Psychiatric-mental health nursing interventions. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:218-232.

Coucovanis J.A. Behavior management. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:151-165.

Hinkle J. Nursing care of patients with minor head injury. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1988;20(1):8-14.

Phylar P.A. Management of the agitated and aggressive head injury patient in an acute hospital setting. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1989;21(6):353-356.

Woody S. Episodic dyscontrol syndrome and head injury: A case presentation. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1988;20(3):180-184.

Controle do COMPORTAMENTO: autoagressão (4354)

Definição: Assistência ao paciente para reduzir ou eliminar comportamentos de automutilação ou autoabuso.

Atividades:

Determinar o motivo/razão do(s) comportamento(s).

Desenvolver as expectativas e as consequências apropriadas do comportamento, considerando-se o nível de funcionamento cognitivo e capacidade de autocontrole do paciente.

Comunicar as expectativas e as consequências de comportamentos ao paciente.

Retirar objetos perigosos do ambiente do paciente.

Aplicar, quando apropriado, luvas, talas, capacetes ou imobilizadores para limitar a mobilidade e a capacidade de iniciar autoagressão.

Oferecer vigilância constante do paciente e ambiente.

Comunicar os riscos aos outros cuidadores.

Orientar o paciente sobre estratégias de enfrentamento (p. ex., treinamento da assertividade, treinamento para controle de impulsos e relaxamento muscular progressivo), conforme apropriado.

Antecipar situações „gatilho” que possam desencadear autoagressão e interferir para preveni-las.

Ajudar o paciente a identificar situações e/ou sentimentos que possam incitar a autoagressão.

Combinar com o paciente, conforme apropriado, para que „não ocorra autoagressão”.

Encorajar o paciente a procurar cuidadores para conversar assim que surgir a necessidade de agredir a si mesmo.

Ensinar e reforçar ao paciente comportamentos eficientes de enfrentamento e expressão adequada dos sentimentos.

Administrar medicamentos, conforme apropriado, para reduzir a ansiedade, estabilizar o humor e diminuir a autoestimulação.

Usar uma abordagem calma e não punitiva ao lidar com comportamento(s) de autoagressão.

Evitar o oferecimento de reforço positivo a comportamento(s) de autoagressão.

Tomar providências predeterminadas se o paciente se envolver em comportamentos autoagressivos.

Colocar o paciente num ambiente mais protegido (p. ex., isolamento e área limitada) diante de aumento de impulsos/comportamentos autoagressivos.

Ajudar o paciente, conforme apropriado, para nivelar o funcionamento cognitivo, a identificar e assumir responsabilidade pelas consequências do comportamento (p. ex., colocar o curativo em ferida causada a si mesmo).

Auxiliar o paciente a identificar situações „gatilho” e sentimentos que o deixem propenso a comportamento autoagressivo.

Auxiliar o paciente a identificar estratégias mais apropriadas de enfrentamento que tenham sido empregadas e suas consequências.

Monitorar o paciente quanto a efeitos colaterais de medicamentos e resultados desejados.

Oferecer orientação sobre medicamentos ao paciente/pessoas importantes.

Oferecer ao paciente/pessoa importante diretrizes sobre como os comportamentos de autoagressão podem ser controlados fora do ambiente de cuidado.

Oferecer ao paciente/pessoas importantes orientação sobre a doença quando o comportamento autoagressivo tiver origem na doença (p. ex., transtorno de personalidade *borderline* ou autismo).

Monitorar o paciente quanto a impulsos autoagressivos que possam evoluir para ideias/attitudes suicidas.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A. Psychiatric nursing care plans. St. Louis, MO: Mosby, 1989.

Limandri B.J., Boyd M.A. Personality and impulse-control disorder. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins; 2005:420-469.

Linehan M., Armstrong H., Suarez A., Allmon D., Heard H. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48(12):1060-1064.

Pawlicki C.M., Gaumer C. Nursing care of the self-mutilating patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1993;57(3):380-389.

Spillers G. Suicide potential. In: McFarland G.K., Thomas M.D., editors. *Psychiatric mental health nursing. Application of the nursing process*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:475-482.

Stockard S. Disorders of childhood. In: Norris J, Kunes-Connell M, Stockard S, Ehrhart P.M., Newton G.R., editors. *Mental health-psychiatric nursing. A continuum of care*. New York: John Wiley & Sons; 1987:657-691.

Townsend M.C. Nursing diagnoses in psychiatric nursing: A pocket guide for care plan construction. Philadelphia: F.A. Davis, 1988.

Valente S.M. Deliberate self injury: Management in a psychiatric setting. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1991;29(12):19-25.

Controle do COMPORTAMENTO: hiperatividade/desatenção (4352)

Definição: Oferecimento de um meio terapêutico que, com segurança, acomode o paciente com déficit de atenção e/ou hiperatividade, ao mesmo tempo que promova um funcionamento excelente.

Atividades:

Oferecer um ambiente estruturado e fisicamente seguro, de acordo com as necessidades.

Usar uma abordagem calma, sem emoções e tranquilizadora.

Determinar expectativas e consequências comportamentais adequadas, considerando o nível de funcionamento cognitivo e a capacidade de autocontrole do paciente.

Desenvolver um plano de controle do comportamento que seja executado com regularidade por todos os cuidadores.

Comunicar regras, expectativas de comportamento e consequências usando linguagem simples com indicadores visuais, sempre que necessário.

Evitar discutir ou barganhar quanto aos limites fixados.

Oferecer tranquilização no sentido de os funcionários auxiliarem o paciente no controle de seu comportamento, sempre que necessário.

Elogiar os comportamentos desejados e as tentativas de autocontrole.

Proporcionar consequências coerentes a comportamentos desejados e indesejados.

Obter a atenção do paciente antes de começar as interações verbais (p. ex., chamá-lo pelo nome e obter contato com os olhos).

Dar todas as instruções/explicações lentamente, com linguagem simples e concreta.

Pedir ao paciente para repetir as instruções antes de iniciar as tarefas.

Fragmentar as instruções com múltiplas etapas em etapas simples.

Deixar o paciente executar uma instrução para só depois receber outra.

Oferecer assistência, sempre que necessário, para realizar as tarefas.

Oferecer *feedback* positivo para a realização de cada etapa.

Providenciar dispositivos auxiliares que aumentem a estrutura do ambiente, a concentração e a atenção às tarefas (p. ex., relógios de pulso, calendários, sinais e instruções escritas de cada etapa).

Reduzir ou retirar indicadores verbais e físicos à medida que ficarem desnecessários.

Monitorar e regular o nível de atividade e a estimulação no ambiente.

Manter um programa de rotinas que inclua um equilíbrio de horários estruturados (p. ex., atividades físicas e não físicas) e horários de calma.

Limitar as escolhas, sempre que necessário.

Redirecionar ou remover o paciente de fonte de estímulos excessivos (p. ex., amigos ou situação problemática).

Usar controles externos, sempre que necessário, para acalmar o paciente (p. ex., intervalos, afastamento e contenção física).

Monitorar a condição física do paciente superativo (p. ex., peso corporal, hidratação e condições dos pés em paciente que anda de um lado para outro).

Monitorar a ingestão de líquidos e nutrientes.

Oferecer alimentos a serem comidos com os dedos, com alto teor proteico e calórico e líquidos que possam ser consumidos „durante atividade”.

Limitar a ingestão excessiva de líquidos e alimentos.

Limitar a ingestão de alimentos e líquidos com cafeína.

Orientar sobre habilidades de solução de problemas.

Encorajar a expressão de sentimentos de forma adequada.

Ensinar/reforçar habilidades sociais apropriadas.

Fixar limites para comportamento(s) intrusivo(s) e que causa(m) interrupção.

Oferecer orientação sobre a doença ao paciente/pessoas importantes quando a hiperatividade ou a desatenção estiver baseada na doença (p. ex., transtorno do déficit de atenção, hiperatividade, mania e esquizofrenia).

Administrar medicamentos (p. ex., estimulantes e antipsicóticos) para promover mudanças de comportamento desejadas.

Monitorar o paciente quanto ao aparecimento de efeitos colaterais dos medicamentos e consequências comportamentais desejadas.

Providenciar ao paciente/pessoas importantes orientação sobre os medicamentos.

Discutir expectativas razoáveis de comportamento para o paciente com a família/pessoas importantes.

Ensinar técnicas de controle do comportamento às pessoas importantes.

Ajudar o paciente e os demais envolvidos (família, empregadores e professores) a se adaptarem ao ambiente da casa, trabalho ou escola para adaptar os limites impostos pela desatenção e atividade excessiva crônicas.

Facilitar o enfrentamento familiar por meio de grupos de apoio, descanso do cuidador e aconselhamento familiar, conforme apropriado.

Leituras Sugeridas:

- Cipkala-Gaffin J.A., Cipkala-Gaffin G.L. Developmental disabilities and nursing interventions. In: Birckhead L.M., editor. *Psychiatric mental health nursing. The therapeutic use of self*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1989:349-379.
- Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A. Psychiatric nursing care plans. St. Louis, MO: Mosby, 1991.
- Kendall P.C., Braswell L. Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. New York: The Guilford Press, 1985.
- Scahill L., Hamrin V., Deering C.G. Psychiatric disorders diagnosed in childhood and adolescence. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:603-639.
- Stockard S. Disorders of childhood. In: Norris J, Kunes-Connell M, Stockard S, Ehrhart P.M., Newton G.R., editors. *Mental health-psychiatric nursing. A continuum of care*. New York: John Wiley & Sons; 1987:657-691.
- Townsend M.C. Nursing diagnoses in psychiatric nursing. A pocket guide for care plan construction. Philadelphia: F.A. Davis, 1988.

Controle do COMPORTAMENTO: sexual (4356)

Definição: Delineamento e prevenção de comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis.

Atividades:

- Identificar comportamentos sexuais inaceitáveis, considerando-se a situação específica e a população de pacientes.
- Especificar expectativas explícitas (baseadas no nível de funcionamento cognitivo e na capacidade de autocontrole) relativas a comportamento sexual ou verbalizações que possam ser voltadas a outros ou a objetos no ambiente.
- Discutir com o paciente as consequências de comportamento sexual e verbalizações socialmente inaceitáveis.
- Discutir o impacto negativo que um comportamento sexual socialmente inaceitável possa causar nos outros.
- Evitar designar companheiros de quarto com dificuldades de comunicação, histórico de atividade sexual inadequada ou vulnerabilidades exacerbadas (p. ex., crianças pequenas).
- Designar o paciente a quarto individual quando avaliado como com alto risco de comportamento sexual socialmente inaceitável.
- Limitar a mobilidade física do paciente (p. ex., área restrita), conforme a necessidade, para diminuir oportunidades de comportamento(s) sexual(is) socialmente inaceitável(is).
- Comunicar os riscos a outros cuidadores.
- Oferecer nível adequado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente.
- Usar uma abordagem calma e sem emoções ao reagir a comentários e comportamento sexuais não aceitos socialmente.
- Evitar qualquer comportamento/verbalizações sexuais socialmente inaceitável(is).
- Discutir com o paciente por que o comportamento ou a verbalização sexual é inaceitável.
- Predeterminar consequências a comportamento sexual indesejável.
- Ensinar/reforçar habilidades sociais apropriadas.
- Oferecer educação sexual adequada ao nível de desenvolvimento.

Discutir com o paciente formas aceitáveis de satisfazer às necessidades sexuais individuais com privacidade.

Desencorajar começo de relações sexuais ou íntimas enquanto sob muito estresse.

Encorajar a expressão adequada dos sentimentos sobre a situação passada ou crises traumáticas.

Proporcionar aconselhamento, sempre que necessário, a paciente vítima de abuso sexual.

Auxiliar a família levando-a a compreender e controlar comportamentos sexuais inaceitáveis.

Oferecer oportunidades aos funcionários de elaborarem seus sentimentos sobre o comportamento sexual de paciente que seja socialmente inaceitável.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Fontaine K.L. Gender identity and sexual disorder. In: Kneisl C.R., Wilson H.S., Trigoboff E, editors. *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:400-424.

Stockard S., Cullen S. Personality disorders. In: Norris J, Kunes-Connell M, Stockard S., Ehrhart P.M., Newton G.R., editors. *Mental health-psychiatric nursing. A continuum of care*. New York: John Wiley & Sons; 1987:571-603.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M., Bowers A.C. Mosby's manual of clinical nursing, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1989.

Modificação do COMPORTAMENTO (4360)

Definição: Promoção de uma mudança de comportamento.

Atividades:

Determinar a motivação do paciente para mudar.

Ajudar o paciente a identificar pontos fortes e reforçá-los.

Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis.

Apresentar o paciente a pessoas (ou grupos) que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência.

Manter um comportamento estável do corpo funcional.

Reforçar decisões construtivas sobre necessidades de saúde.

Oferecer *feedback* em termos de sentimentos quando constatado que o paciente está livre de sintomas e parece relaxado.

Evitar mostrar rejeição ou depreciação enquanto o paciente luta para mudar comportamentos.

Oferecer reforço positivo a decisões que o paciente tomou com independência.

Encorajar o paciente a examinar o próprio comportamento.

Auxiliar o paciente a identificar mesmo os pequenos sucessos.

Identificar o problema do paciente em termos comportamentais.

Identificar o comportamento a ser modificado (comportamento-alvo) em termos concretos e específicos.

Fragmentar o comportamento a ser modificado em unidades menores e mensuráveis de comportamento (p. ex., para parar de fumar: quantidade de cigarros fumada).

Usar períodos de tempo específicos ao medir unidades de comportamento (p. ex., número de cigarros fumados por dia).

Determinar se o comportamento-alvo identificado precisa ser aumentado, diminuído ou aprendido.

Levar em conta que é mais fácil aumentar do que diminuir um comportamento.

Estabelecer objetivos comportamentais por escrito.

Elaborar um programa de mudança de comportamento.

Estabelecer um ponto de partida de ocorrência do comportamento antes de começar a mudança.

Desenvolver um método (p. ex., gráfico ou tabela) para registro do comportamento e suas mudanças.

Encorajar o paciente a participar do registro dos comportamentos.

Discutir com o paciente/pessoas importantes o processo de modificação do comportamento.

Facilitar o envolvimento de cuidadores de saúde no processo de modificação, conforme apropriado.

Facilitar o envolvimento da família no processo de modificação, conforme apropriado.

Oferecer reforços positivos com os comportamentos que devam ser aumentados.

Evitar reforços positivos a comportamentos que têm que ser reduzidos e reforçar um comportamento substituto mais desejável.

Encorajar o paciente a participar da escolha dos elementos de reforço.

Escolher reforços significativos para o paciente.

Escolher reforços que possam ser controláveis (p. ex., usados somente quando ocorre o comportamento a ser modificado).

Considerar o uso de reforços dados por enfermeiros (p. ex., atenção, tempo para conversar e leitura para o paciente).

Oferecer reforços logo após a ocorrência de um comportamento.

Identificar um programa para a distribuição dos reforços: pode ser de forma contínua ou intermitente.

Coordenar um sistema de prêmios ou pontos como reforço a comportamentos complexos ou múltiplos.

Elaborar um contrato de tratamento com o paciente em apoio à implementação do sistema de prêmios/pontos.

Reforçar a aquisição de habilidades por meio de reforço sistemático de componentes simples da habilidade ou tarefa.

Promover a aprendizagem do comportamento desejado usando técnicas de modelagem.

Explorar a possibilidade de uso do *feedback* para intensificar a percepção das mudanças de comportamento pelo paciente.

Avaliar as mudanças de comportamento comparando as ocorrências iniciais com as ocorrências de comportamento pós-intervenção.

Registrar o processo de modificação sempre que necessário.

Comunicar o plano de intervenção e as modificações à equipe de tratamento regularmente.

Manter o reforço durante um período mais longo (telefone ou contato pessoal).

Leituras Sugeridas:

- Boyd M.A. Psychiatric-mental health nursing interventions. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:218-232.
- Coucouvani J.A., McCarthy A.M. Behavior modification. In: Craft-Rosenberg M, Denehy J, editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:427-444.
- Haber J., McMahon A.L., Price-Hoskins P., Sideleau B.F. Comprehensive psychiatric nursing, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1992.
- Kalish H.I. From behavioral science to behavioral modification. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Simons M.R. Interventions related to compliance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):477-494. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*
- Wilson H.S., Kneisl C.R. Psychiatric nursing, 4th ed. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1992.

Modificação do COMPORTAMENTO: habilidades sociais (4362)

Definição: Auxiliar o paciente a desenvolver ou melhorar habilidades sociais interpessoais.

Atividades:

- Auxiliar o paciente a identificar problemas interpessoais resultantes de déficits nas habilidades sociais.
- Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos associados a problemas interpessoais.
- Ajudar o paciente a identificar os resultados desejados de relações ou situações interpessoais problemáticas.
- Ajudar o paciente a identificar possíveis rumos de ação e suas consequências sociais/interpessoais.
- Identificar habilidade(s) social(is) específica(s) que seja(m) o foco do treinamento.
- Ajudar o paciente a identificar as etapas comportamentais para a(s) habilidade(s) social(is) que é(são) sua meta.
- Propiciar modelos que demonstrem as etapas de comportamento no contexto de situações importantes para o paciente.
- Auxiliar o paciente a desempenhar o papel nas etapas comportamentais.
- Oferecer *feedback* ao paciente (p. ex., elogio ou recompensa) sobre o desempenho de habilidade(s) social(is) que é(são) sua meta.
- Orientar o paciente/pessoas importantes (p. ex., familiares, amigos e empregados), conforme apropriado, sobre a finalidade e o processo do treinamento de habilidades sociais.
- Envolver as pessoas importantes nas sessões de treinamento de habilidades sociais (p. ex., desempenho de papéis) com o paciente, conforme apropriado.
- Oferecer *feedback* ao paciente e pessoas importantes sobre a adequação de suas respostas sociais nas situações de treinamento.
- Encorajar os pacientes/pessoas importantes a autoavaliarem os resultados de suas interações sociais, a se autorrecompensarem por resultados positivos e a resolverem resultados menos desejados.
- Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

- Boyd M.A. Psychiatric-mental health nursing interventions. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:218-232.
- Halford W.K., Hayes R. Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*. 1991;11(1):23-44.
- Hartley R., Robinson C. Mental retardation. In: Norris J, Kunes-Connell M, Stockard S, Ehrhart P.M., Newton G.R., editors. *Mental health-psychiatric nursing. A continuum of care*. New York: John Wiley & Sons; 1987:495-525.
- Hollinger J.D. Social skills for behaviorally disordered children as preparation for mainstreaming: Theory, practice, and new directions. *Remedial and Special Education*. 1987;8(4):17-27.
- Lieberman R.P., DeRisi W.J., Mueser K.T. Social skills training with psychiatric patients. New York: Pergamon Press, 1989.
- McGinnis E., Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. Skillstreaming the elementary school child. A structured learning approach to teaching prosocial skills. Champaign, IL: Research Press, 1984.
- Westwell J., Martin M.L. Social interaction, impaired. In: McFarland G.K., Thomas M.D., editors. *Psychiatric mental health nursing. Application of the nursing process*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:437-443.

Melhora da COMUNICAÇÃO: déficit auditivo (4974)

Definição: Assistência para aceitar e aprender métodos alternativos para viver com a audição diminuída.

Atividades:

Facilitar a consulta para exame auditivo, conforme apropriado.

Facilitar o uso de aparelhos auditivos, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente que os sons serão vividos de forma diferente mediante o uso de aparelho auditivo.

Manter limpo o aparelho auditivo.

Verificar as pilhas do aparelho auditivo, rotineiramente.

Dar uma instrução simples de cada vez.

Ouvir atentamente.

Evitar falar aos gritos com paciente que tem transtornos da comunicação.

Postar-se sempre próximo ao ouvido menos afetado.

Olhar de frente para o cliente, falar devagar, com clareza e concisão.

Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado.

Aumentar o volume da voz, conforme apropriado.

Não cobrir sua boca, fumar, falar com a boca cheia ou mascar goma ao falar.

Obter a atenção do paciente por meio do toque.

Validar a compreensão das mensagens, pedindo ao paciente para repetir o que foi dito.

Usar papel, lápis ou comunicação pelo computador quando necessário.

Facilitar alocação de recursos para os aparelhos auditivos.

Facilitar alocação de telefone adaptado ao deficiente auditivo, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Lindblade D., McDonald M. Removing communication barriers for the hearing-impaired elderly. *Med Surg Nursing*. 1995;4(5):377-385.

Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions. St. Louis, MO: Mosby; 2001:485.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2.

Styker R. Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care. Philadelphia: W.B. Saunders, 1977.

Melhora da COMUNICAÇÃO: déficit da fala (4976)

Definição: Assistência para aceitar e aprender métodos alternativos para viver com deficiência de fala.

Atividades:

Solicitar o auxílio da família para entender a fala do paciente, conforme apropriado.

Permitir que o paciente ouça a linguagem falada com frequência, conforme apropriado.

Oferecer lembretes/sugestões verbais.

Dar uma instrução simples a cada vez, conforme apropriado.

Ouvir com atenção.

Usar palavras simples e frases curtas, conforme apropriado.

Evitar falar aos gritos com o paciente com distúrbios de comunicação.

Evitar baixar a voz no final das frases.

Colocar-se de pé em frente ao paciente ao falar.

Usar figuras se adequado.

Fazer gestos com as mãos, conforme apropriado.

Fazer as terapias de linguagem-discurso recomendadas durante as interações informais com o paciente.

Ensinar a fala esofágica, conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família sobre o uso de aparelhos para falar (p. ex., prótese traqueoesofágica e laringe artificial).

Incentivar o paciente a repetir as palavras.

Dar reforço positivo e elogios, conforme apropriado.

Realizar conversas de uma via, conforme apropriado.

Reforçar a necessidade de acompanhamento com fonoaudiólogo após a alta.

Usar um intérprete, se necessário.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

- Buckwalter K.C., Cusack D., Kruckeberg T., Shoemaker A. Family involvement with communication impaired residents in long term care settings. *Applied Nursing Research*. 1991;4(2):77-84.
- Buckwalter K.C., Cusack D., Sidles E., Wadle K., Beaver M. Increasing communication ability in aphasic/dysarthric patients. *Western Journal of Nursing Research*. 1989;11(6):736-747.
- Carlisle D. An understanding profession ... speech therapist. *Nursing Times*. 1990;86(10):52-53.
- Emuk-Herring B. Impaired communication. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T, Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:664-678.
- Labreche J., Loughrey L., Roberts P. Rehabilitation nurses and speech therapy: The effects of two teaching techniques on recognition and use of function words by aphasic stroke patients. *Rehabilitation Nursing*. 1993;18(1):54-55.
- Phipps W.J. The patient with nose and throat problems. In: Long B.C., Phipps W.J., Cassmeyer V.L., editors. *Medical-surgical nursing: A nursing process approach*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1993:498-507.

Melhora da COMUNICAÇÃO: déficit visual (4978)

Definição: Assistência para aceitar e aprender métodos alternativos de vida com a visão diminuída.

Atividades:

- Identificar-se ao entrar no espaço do paciente.
 - Observar a reação do paciente à visão diminuída (p. ex., depressão, retraimento e negação).
 - Aceitar a reação do paciente à visão diminuída.
 - Auxiliar o paciente a estabelecer novas metas para aprender como „enxergar” com os outros sentidos.
 - Ter como ponto de partida o que restou da visão do paciente, conforme apropriado.
 - Andar um ou dois passos adiante do paciente, com a mão dele em seu ombro.
 - Descrever o ambiente ao paciente.
 - Não mudar o lugar dos objetos no quarto do paciente sem informá-lo disso.
 - Ler a correspondência, os jornais e outras informações pertinentes ao paciente.
 - Identificar os itens na bandeja de refeições em relação aos algarismos do relógio.
 - Dobrar dinheiro de papel de formas diferentes para facilitar a identificação.
 - Informar o paciente sobre onde localizar o rádio e os livros para cegos.
 - Oferecer uma lente de aumento ou óculos em prisma, conforme apropriado, para leitura.
 - Oferecer material de leitura em Braille, conforme apropriado.
 - Iniciar encaminhamento à terapia ocupacional, conforme apropriado.
 - Encaminhar o paciente com problemas visuais para instituição adequada.
- Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Preparo da COMUNIDADE para Catástrofes (8840)

Definição: Preparo para uma reação eficaz a desastre em grande escala.

Atividades:

Identificar os tipos potenciais de desastres na área (p. ex., associados às condições atmosféricas, industriais, ambientais).

Trabalhar com outras agências no planejamento para um desastre (p. ex., brigada militar, bombeiros, Cruz Vermelha, Exército de Salvação, serviços de ambulância, instituições de assistência social).

Elaborar planos para os tipos específicos de desastres (p. ex., incidentes com múltiplas causas, bombas, furacões, tornados, enchentes, vazamento químico), conforme apropriado.

Identificar todos os recursos médicos e sociais disponíveis na comunidade para reagir a desastres.

Elaborar uma rede de avisos de desastres para alertar os profissionais.

Elaborar procedimentos de triagem.

Estabelecer papéis pré-combinados durante um desastre.

Identificar locais de encontro para auxílio às vítimas de desastres.

Identificar locais de encontro alternativos aos profissionais de cuidados de saúde.

Conhecer o local de armazenagem de equipamentos e suprimentos para desastres.

Fazer verificações periódicas do equipamento.

Verificar e completar o estoque dos suprimentos de forma rotineira.

Educar os profissionais de cuidados de saúde sobre plano(s) de desastre, como algo rotineiro.

Encorajar o preparo da comunidade para desastres.

Educar os membros da comunidade sobre segurança, autoajuda e medidas de primeiros socorros.

Encorajar os membros da comunidade a terem um plano de prevenção pessoal (p. ex., telefones de emergência, rádio movido a bateria, lanterna que funcione, *kit* de primeiros socorros, informações médicas, informações sobre médicos, pessoas a serem informadas numa emergência).

Auxiliar no preparo de abrigos e locais de ajuda em emergências.

Fazer treinos de desastres programados, ou o que for mais apropriado.

Avaliar o desempenho dos profissionais para desastres após um treino em preparação para desastre ou desastre verdadeiro.

Identificar mecanismo de passagem de informações/repetição de informações aos profissionais de cuidados de saúde

após um desastre.

Sensibilizar os profissionais do atendimento de saúde para os efeitos psicológicos potenciais (p. ex., depressão, tristeza, medo, raiva, fobias, culpa, irritabilidade, ansiedade) de um desastre.

Identificar recursos para encaminhamento após um desastre (p. ex., reabilitação, convalescência, aconselhamento).

Identificar as necessidades pós-desastre (p. ex., necessidades contínuas de cuidados de saúde relativas ao desastre, coleta de dados epidemiológicos, levantamento das causas do desastre, etapas para prevenção da recorrência).

Atualizar o plano para desastres, se necessário.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Grant H.D., Murray R.H., Bergeron J.D. Emergency care, 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 1994.

Ossler C.C. The community health nurse in occupational health. In: Stanhope M, Lancaster J, editors. *Community health nursing: Process and practice for promoting health*. St. Louis, MO: Mosby; 1992:731-746.

Santamaria B. Nursing in a disaster. In: Smith C.M., Maurer F.A., editors. *Community health nursing: Theory and practice*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995:382-400.

Mediação de CONFLITOS (5020)

Definição: Facilitação de diálogo construtivo entre as partes oponentes com o objetivo de resolução das controvérsias de forma mutuamente aceitável.

Atividades:

Providenciar um cenário privado e neutro para a conversa.

Permitir que as partes manifestar suas preocupações pessoais.

Oferecer orientação ao longo do processo.

Manter a própria neutralidade durante o processo.

Usar uma variedade de técnicas de comunicação (p. ex., escutar ativamente, fazer perguntas, parafrasear, refletir).

Facilitar a definição das questões.

Ajudar as partes a identificar possíveis soluções às questões.

Facilitar a busca de resultados aceitáveis para ambas as partes.

Apoiar as tentativas dos participantes em fortalecer a resolução.

Monitorar o fluxo do processo de mediação.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Arnold E., Boggs K.U. *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995.

Schwebel A.I., Clement J.A. Mediation as a mental health service: Consumer's and family members' perceptions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1996;20(1):55-58.

Severson M.M. Social work and the pursuit of justice through mediation. *National Association of Social Workers*. 1995;40(5):683-691.

Sullivan E.J., Decker P.J. *Effective management in nursing*. Redwood City, CA: Addison-Wesley, 1992.

Controle de CONSTIPAÇÃO/IMPACTAÇÃO (0450)

Definição: Prevenção e alívio de constipação/impactação.

Atividades:

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de impactação.

Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado.

Monitorar os ruídos hidroaéreos.

Comunicar o médico sobre redução/aumento da frequência de ruídos hidroaéreos.

Monitorar ocorrência de sinais e sintomas de ruptura intestinal e/ou peritonite.

Explicar a etiologia do problema e a justificativa para as ações do paciente.

Identificar os fatores (p. ex., medicamentos, repouso no leito e dieta) que possam causar ou contribuir para a constipação.

Instituir um horário para o uso do vaso sanitário, conforme apropriado.

Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado.

Avaliar o perfil medicamentoso quanto a efeitos colaterais gastrointestinais.

Orientar o paciente/família para registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes.

Ensinar ao paciente/família como manter um diário alimentar.

Orientar o paciente/família sobre dieta com elevado teor de fibras, conforme apropriado.

Orientar o paciente/família sobre o uso adequado de laxantes.

Orientar o paciente/família sobre a relação entre dieta, exercícios e ingestão de líquidos para constipação/impactação.

Avaliar a ingestão registrada quanto ao conteúdo nutricional.

Aconselhar o paciente a consultar um médico diante de persistência da constipação ou impactação.

Sugerir o uso de laxantes/emolientes fecais, conforme apropriado.

Informar o paciente sobre o procedimento para remoção manual das fezes, se necessário.

Remover manualmente a impactação fecal, se necessário.

Administrar enema ou irrigação, conforme apropriado.

Pesar o paciente regularmente.

Ensinar ao paciente/família os processos digestivos normais.

Ensinar ao paciente/família o prazo para a solução da constipação.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Battle E., Hanna C. Evaluation of a dietary regimen for chronic constipation: Report of a pilot study. *Journal of Gerontological Nursing*. 1980;6(9):527-532.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:1084-1085.

McLane A.M., McShane R.E. Constipation. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T, Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 2001:220-237.

Taylor C.M. Nursing diagnosis cards. Springhouse, PA: Springhouse Corporation, 1987.

Yakabowich M. Prescribe with care: The role of laxatives in treatment of constipation. *Journal of Gerontological Nursing*. 1990;16(7):4-11.

CONSULTA (7910)

Definição: Uso de conhecimentos especializados para trabalhar com pessoas que buscam ajuda na solução de problemas, de modo a habilitar indivíduos, famílias, grupos ou instituições a atingirem as metas identificadas.

Atividades:

Identificar a finalidade da consulta.

Coletar dados e identificar o problema que é o foco da consulta.

Identificar e esclarecer as expectativas de todas as partes envolvidas.

Oferecer conhecimentos especializados para quem busca ajuda.

Envolver os que buscam ajuda em todo o processo de consulta.

Identificar estrutura de responsabilização.

Determinar o modelo adequado de consulta a ser usado (p. ex., aquisição de modelo especializado, modelo de processo de consulta).

Identificar as expectativas de cobrança, conforme apropriado.

Elaborar um contrato escrito para definir acordos e evitar mal-entendidos.

Promover a capacidade dos que buscam ajuda para continuarem com mais autodirecionamento e responsabilidade.

Preparar um relatório final de recomendações.

Reagir, com profissionalismo, à aceitação ou rejeição de ideias.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Clemen-Stone S., McGuire S., Eigisti D. *Comprehensive community health nursing: Family, aggregate, and community practice*. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Hau M.L. Ten common mistakes to avoid as an independent consultant. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 1997;45(1):17-24.

Hoffman S. Professional practice consultation — opportunity or opportunism. *Journal of Professional Nursing*. 1998;14(2):67.

Iglesias G.H. Role evolution of the mental health clinical nurse specialist in home care. *Clinical Nurse Specialist*. 1998;12(1):38-44.

Mastroianni I., Machles D. What are consulting services worth? Applying cost analysis techniques to evaluate effectiveness. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 1997;45(1):35-45.

Stackhouse J. *Into the community: Nursing in ambulatory and home care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.

Stanhope M., Lancaster J. *Community health nursing: Promoting health of aggregates, families and individuals*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

CONSULTA por Telefone (8180)

Definição: Provocação das preocupações do paciente, ouvir e oferecer apoio, informações ou ensino em resposta a preocupações expressas pelo paciente usando o telefone.

Atividades:

Identificar-se pelo nome e as credenciais, a empresa; deixar que quem telefonou saiba que a chamada está sendo gravada (p. ex., monitoramento da qualidade), usando uma voz que crie uma relação terapêutica.

Informar o paciente sobre o processo de chamada telefônica e obter consentimento.

Levar em conta barreiras culturais e socioeconômicas quanto à reação do paciente.

Conseguir informações sobre a finalidade do telefonema (p. ex., diagnósticos médicos se houver; histórico de saúde anterior e regime atual de tratamento).

Identificar as preocupações quanto ao estado de saúde.

Estabelecer o nível de conhecimentos da pessoa ao telefone e a fonte desses conhecimentos.

Determinar a capacidade do paciente para compreender ensino/instruções por telefone (p. ex., deficiência auditiva, confusão, barreiras linguísticas).

Providenciar maneiras de vencer as barreiras identificadas à aprendizagem ou ao uso de sistema(s) de apoio.

Identificar o grau do apoio e envolvimento da família nos cuidados.

Perguntar sobre queixas/sintomas associados conforme o protocolo-padrão, se houver um.

Conseguir dados relativos à eficácia do(s) tratamento(s) atual(is) se houver, consultando e mencionando bibliografia aprovada como fonte (p. ex., „A Cruz Vermelha Norte-Americana sugere...”).

Determinar a reação psicológica à situação e a disponibilidade de sistema(s) de apoio.

Determinar os riscos à segurança da pessoa ao telefone e de outros indivíduos.

Determinar se as preocupações exigem mais avaliação (uso de protocolo-padrão).

Oferecer instruções claras sobre a forma de acessar os cuidados necessários se as preocupações forem graves.

Informar sobre o regime de tratamento e as responsabilidades de autocuidado resultantes, quando necessário, e conforme o alcance da prática e as diretrizes estabelecidas.

Informar sobre terapias e medicamentos prescritos, conforme apropriado.

Informar sobre promoção de saúde/educação de saúde, conforme apropriado.

Identificar problemas reais/potenciais relativos à implementação do regime de autocuidado.

Fazer recomendações sobre mudanças no regime, conforme apropriado (uso de diretrizes estabelecidas, se disponíveis).

Consultar médico/provedor primário sobre as mudanças no regime de tratamento, se necessário.

Informar sobre recursos na comunidade, como programas educacionais, grupos de apoio e de autoajuda, quando indicado.

Providenciar serviços que sejam atenciosos e ofereçam suporte.

Envolver a família/pessoas importantes nos cuidados e no planejamento.

Responder às perguntas.

Determinar o que a pessoa ao telefone compreendeu das informações dadas.

Manter o sigilo, se indicado.

Documentar todos os levantamentos, conselhos, instruções ou outras informações dadas ao paciente, conforme as diretrizes específicas.

Seguir as diretrizes quanto a investigar ou relatar suspeitas de situações de abuso de idoso, criança ou cônjuge.

Acompanhar para determinar a disposição; documentar a disposição e a(s) ação(ões) que o paciente quer realizar.

Determinar a necessidade e dar intervalos de tempo; intensificar levantamentos intermitentes de dados, conforme apropriado.

Determinar como o paciente ou familiar pode ser contatado para chamada telefônica de retorno, conforme apropriado.

Documentar a permissão a telefonema de retorno e identificar as pessoas capazes de receber as informações durante o telefonema.

Discutir e resolver telefonemas problemáticos com ajuda de supervisor/colegas.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Ambulatory Nursing. Telephone nursing practice administration and practice standards. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1997.

Anderson K., Qiu Y., Whittaker A.R., Lucas M. Breath sounds, asthma, and the mobile phone. *Lancet*. 2001;358(9290):1343-1344.

Haas S.A., Androwich I.A. Telephone consultation. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:670-685.

Hagan L., Morin D., Lepine R. Evaluation of telenursing outcomes: Satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursing*. 2000;17(4):305-313.

Larson-Dahn M.L. Tel-eNurse practice: Quality of care and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 2001;31(3):145-152.

Poole S.G., Schmitt B.D., Carruth T., Peterson-Smith A.A., Slusarski M. After-hours telephone coverage: The application of an area-wide telephone triage and advice system for pediatric practices. *Pediatrics*. 1993;92(5):670-679.

Wheeler S., Siebelt B. Calling all nurses: How to perform telephone triage. *Nursing*. 1997;97(7):37-41.

CONTENÇÃO Física (6580)

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

Atividades:

Obter prescrição médica, quando exigida pela política institucional, para utilizar intervenção de restrição física ou para reduzir o seu uso.

Proporcionar ao paciente um ambiente privativo, ainda que supervisionado de maneira adequada, em situações em que sua dignidade possa estar diminuída devido ao uso de recursos de contenção física.

Oferecer um número suficiente de funcionários para auxiliar na aplicação segura de recursos de contenção física ou manual.

Designar um enfermeiro para coordenar os funcionários e comunicar-se com o paciente durante a aplicação da contenção física.

Usar formas adequadas de contenção para limitar manualmente o paciente em situações de emergência ou durante transporte.

Informar ao paciente e às pessoas importantes os comportamentos que precisam de intervenção.

Explicar o procedimento, a finalidade e o tempo da intervenção ao paciente e pessoas importantes em termos compreensíveis e não punitivos.

Explicar ao paciente e pessoas importantes os comportamentos necessários para a conclusão da intervenção.

Monitorar a reação do paciente ao procedimento.

Evitar amarrar os dispositivos de contenção às laterais da cama.

Prender bem os dispositivos de contenção fora do alcance do paciente.

Proporcionar um nível apropriado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente e possibilitar as ações terapêuticas, conforme necessário.

Oferecer conforto psicológico ao paciente.

Oferecer atividades de lazer (p. ex., televisão, leituras, visitas, móveis), conforme apropriado, para facilitar a cooperação do paciente com a intervenção.

Administrar medicamentos para ansiedade ou agitação, conforme prescrição médica.

Monitorar a condição da pele no local da contenção.

Monitorar frequentemente cor, temperatura e sensibilidade das extremidades contidas.

Proporcionar movimentos e exercícios conforme o nível de autocontrole, as condições e as capacidades do paciente.

Posicionar o paciente facilitando conforto e prevenindo aspiração e ruptura da pele.

Proporcionar movimentos das extremidades em paciente com contenções múltiplas, fazendo a rotatividade da remoção/aplicação de um recurso de contenção a cada vez (na medida em que a segurança permitir).

Auxiliar nas mudanças periódicas de decúbito.

Proporcionar ao paciente dependente maneiras de solicitar ajuda (p. ex., campainha ou luz de chamado) quando o cuidador não estiver presente.

Auxiliar nas necessidades relativas à nutrição, eliminação, hidratação e higiene pessoal.

Avaliar com regularidade a necessidade do paciente de continuar com a intervenção de contenção.

Envolver o paciente em atividades para melhorar a força, a coordenação, o juízo e a orientação.

Envolver o paciente, quando adequado, no processo decisório para passar a uma forma menos restritiva de intervenção.

Retirar gradativamente os recursos de contenção (*i.e.*, um de cada vez, se forem elementos restritivos nos quatro membros), conforme aumenta o autocontrole.

Monitorar a resposta do paciente à retirada dos recursos de contenção.

Esclarecer o paciente e os profissionais, ao término da intervenção restritiva, as circunstâncias que levaram ao uso da intervenção, bem como as preocupações do paciente relativas à intervenção em si.

Propiciar o nível seguinte mais adequado de ação restritiva (p. ex., restrição de área ou isolamento).

Implementar alternativas aos recursos de contenção, como sentar em cadeira com a mesa sobre o colo, cinto de segurança que possa ser solto pelo próprio paciente ou cadeira geriátrica sem a mesa tipo bandeja, ou fazer observação atenta, conforme apropriado.

Explicar à família os riscos e os benefícios dos recursos de contenção e a redução da contenção.

Documentar os motivos do uso da intervenção restritiva, a resposta do paciente à intervenção, sua condição física, os cuidados de enfermagem oferecidos durante a intervenção e a justificativa para suspender a contenção.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

- Craig C., Ray F., Hix C. Seclusion and restraint: Decreasing the discomfort. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1989;27(7):16-19.
- Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Evans L.K., Strumpf N.E. Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint. *Journal of the American Geriatric Society*. 1989;37:65-74.
- Harper-Jaques S., Reimer M. Management of aggression and violence. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:802-822.
- Kanak M.F. Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-396. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Munns D., Nolan L. Potential for violence: Self-directed or directed at others. In: Maas M., Buckwalter K.C., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1990:551-560.
- Yorker B.C. The nurse's use of restraint with a neurologically impaired patient. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1988;20(6):390-392.

CONTENÇÃO Química (6430)

Definição: Administração, monitoramento e interrupção de agentes psicotrópicos usados para controle de comportamento extremado de um indivíduo.

Atividades:

Implementar intervenções alternativas para tentar eliminar a necessidade da contenção.

Oferecer atividades recreativas antes do uso da contenção (p. ex., televisão, visitas).

Identificar para o paciente e as pessoas importantes os comportamentos que precisam de intervenção (p. ex., agitação, violência).

Explicar o procedimento, a finalidade e a duração da intervenção ao paciente e pessoa importante em termos compreensíveis.

Atender aos „cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e o de alergias do paciente.

Monitorar a resposta do paciente à medicação.

Monitorar o nível de consciência.

Monitorar os sinais vitais.

Oferecer nível de supervisão/vigilância apropriado para monitorar o paciente e permitir ação terapêutica na medida das necessidades.

Oferecer conforto psicológico ao paciente, se necessário.

Monitorar a cor da pele, a temperatura, as sensações e a condição.

Proporcionar movimentos e exercícios conforme o nível de autocontrole, condição e capacidades do paciente.

Posicionar o paciente de modo a facilitar seu conforto e prevenir aspiração e rupturas na pele.

Auxiliar nas mudanças de decúbito periódicas.

Auxiliar nas necessidades relativas à nutrição, eliminação, hidratação e higiene pessoal.

Avaliar, a intervalos regulares, a necessidade de intervenção restritiva contínua do paciente.

Envolver o paciente, quando adequado, na tomada de decisões sobre mudança para uma forma de intervenção mais/menos restritiva.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Kow J.V., Hogan D.B. Use of physical and chemical restraints in medical teaching units. *Canadian Medical Association Journal*. 2000;162(3):339-340.

Middleton H., Keene R.G., Johnson C., Elkins A.D., Keem A.E. Physical and pharmacologic restraints in longterm care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*. 1999;25(7):26-33.

Pearson G. Psychopharmacology. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:243-286.

CONTRATO com o Paciente (4420)

Definição: Negociação e acordo com um paciente reforçando uma mudança específica de comportamento.

Atividades:

Determinar a capacidade mental e cognitiva do paciente para fazer parte de um contrato.

Encorajar a pessoa a identificar os próprios pontos positivos e habilidades.

Auxiliar o paciente a identificar as práticas de saúde que deseja modificar.

Identificar as metas do cuidado com o paciente.

Encorajar o paciente a identificar as próprias metas e não aquelas que ele acredita que o profissional de saúde espera.

Evitar focalizar somente o diagnóstico ou o processo de doença ao auxiliar o paciente a identificar as metas.

Auxiliar o paciente a identificar metas realistas e atingíveis.

Auxiliar o paciente a identificar metas adequadas de curto e longo prazos.

Encorajar o paciente a escrever as próprias metas, se possível.

Estabelecer as metas como comportamentos de fácil observação.

Estabelecer as metas em termos positivos.

Auxiliar o paciente a fragmentar metas complexas em etapas menores e controláveis.

Esclarecer os papéis do profissional de cuidados de saúde e do paciente, respectivamente.

Investigar com o paciente formas para melhor alcançar as metas.

Auxiliar o paciente a examinar os recursos disponíveis para atingir as metas.

Auxiliar o paciente a elaborar um plano para atingir as metas.

Auxiliar o paciente a identificar as atuais circunstâncias ambientais capazes de interferir no alcance das metas.

Auxiliar o paciente a identificar métodos para vencer as circunstâncias ambientais que possam interferir no alcance das

metas.

Investigar com o paciente métodos de avaliação do alcance das metas.

Favorecer um ambiente franco e de aceitação para a criação do contrato.

Facilitar o envolvimento de pessoas significativas no processo de contrato se for o desejo do paciente.

Facilitar a elaboração de um contrato escrito incluindo todos os pontos acordados.

Auxiliar o paciente a fixar as exigências quanto ao tempo e a frequência para o desempenho dos comportamentos/ações.

Auxiliar o paciente a estabelecer limites realistas de tempo.

Identificar, com o paciente, uma data limite para o término do contrato.

Coordenar com o paciente oportunidades de revisão do contrato e das metas.

Facilitar a renegociação dos termos do contrato, se necessário.

Auxiliar o paciente na discussão sobre os sentimentos acerca do contrato.

Observar o paciente quanto a sinais de incoerência capazes de indicar falta de compromisso em atender ao contrato.

Identificar com o paciente as consequências ou sanções decorrentes do não cumprimento do contrato, se desejado.

Obter a assinatura de todos os envolvidos no contrato.

Oferecer ao paciente uma cópia do contrato assinado e datado.

Encorajar o paciente a identificar reforços/recompensas significativos e adequados.

Encorajar o paciente a escolher reforço/recompensa suficientemente importante para manter o comportamento.

Especificar com o paciente o momento adequado para o uso dos elementos de reforço/recompensas.

Identificar outras recompensas com o paciente quando forem ultrapassadas as metas originais, se desejado.

Orientar o paciente sobre os vários métodos de observação e registro dos comportamentos.

Auxiliar o paciente a elaborar um tipo de fluxograma para auxiliar no acompanhamento do progresso na direção das metas.

Auxiliar o paciente a identificar até os menores sucessos.

Investigar com o paciente as razões para o sucesso ou para sua falta.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

McConnell E.S. Health contract calendars: A tool for health professionals with older adults. *The Gerontologist*. 2000;40(2):235-239.

Newell M. Patient contracting for improved outcomes. *The Journal of Care Management*. 1997;3(4):76-87.

Sherman J.M., Baumstein S., Hendeles L. Intervention strategies for children poorly adherent with asthma medications; one center's experience. *Clinical Pediatrics*. 2001;40(5):253-258.

Simons M.R. Patient contracting. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:385-397.

Verificação de Substância CONTROLADA (7620)

Definição: Promoção do uso adequado e manutenção da segurança das substâncias controladas.

Atividades:

Responsabilizar-se, em todos os momentos, pelas chaves do armário das substâncias controladas.

Seguir o protocolo da instituição em relação ao preparo, distribuição e administração de substância controladas.

Contar todas as substâncias controladas, junto ao enfermeiro de outro turno.

Examinar a embalagem das substâncias controladas quanto a sinais de adulterações.

Informar discrepâncias, imediatamente, de acordo com a política da instituição.

Seguir o protocolo da instituição para solucionar discrepância(s).

Trancar o armário das substâncias controladas ao término da contagem.

Registrar a exatidão da contagem no formulário correto.

Contar as substâncias controladas recebidas da farmácia.

Devolver as substâncias controladas que não sejam de uso rotineiro à farmácia.

Registrar o desperdício de substâncias controladas.

Monitorar ocorrência de evidências de administração errada ou desvio de substâncias controladas.

Informar suspeita de administração errada ou desvio de substâncias controladas conforme a política da instituição.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Carlson G.M., Castile J.A., Janousek J.P. Guidelines for the prevention and detection of controlled substance diversion. *Hospital Pharmacy*. 1988;23(12):1057-1059.

Craven R.F., Hirnle C.J. *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:503-505.

Karch A.M. Introduction to drugs. In *Focus on nursing pharmacology*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:3-16.

Controle de CONVULSÕES (2680)

Definição: Cuidados a paciente durante uma convulsão e estado pós-convulsivo.

Atividades:

Orientar movimentos para evitar lesão.

Monitorar a direção da cabeça e dos olhos durante a convulsão.

Afrouxar as roupas.

Permanecer com o paciente durante a convulsão.

Manter via aérea pérvia.

Estabelecer o acesso IV, conforme apropriado.

Aplicar oxigênio, conforme apropriado.

Monitorar o estado neurológico.

Monitorar sinais vitais.

Reorientar após a convulsão.

Registrar a duração da convulsão.

Registrar as características da convulsão: partes do corpo envolvidas, atividade motora e progressão da convulsão.

Documentar as informações sobre a convulsão.

Administrar medicamentos, conforme apropriado.

Administrar anticonvulsivos, conforme apropriado.

Monitorar níveis de fármaco antiepilepsia, conforme apropriado.

Monitorar a duração do período e as características após a convulsão.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Brewer K., Sperling M.R. Neurosurgical treatment of intractible epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1988;20(6):366-372.

Cammermeyer M., Appledorn C., editors Core curriculum for neuroscience nursing. 3rd ed.. Chicago: American Association of Neuroscience Nurses; 1990;Ig1-Ig3.

Graham O., Naveau I., Cummings C. A model for ambulatory care of patients with epilepsy and other neurological disorders. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1989;21(2):108-112.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with neurologic dysfunction. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1849-1886.

Precauções contra CONVULSÕES (2690)

Definição: Prevenção ou redução de possíveis lesões sofridas por um paciente com doença convulsiva.

Atividades:

Providenciar uma cama com altura baixa, conforme apropriado.

Acompanhar o paciente durante atividades fora do setor, conforme apropriado.

Monitorar o tratamento farmacológico.

Monitorar a adesão quanto ao uso dos medicamentos antiepilépticos.

Solicitar ao paciente/pessoa importante que registre os medicamentos tomados e a ocorrência de crise convulsiva.

Orientar o paciente a não dirigir.

Orientar o paciente sobre medicamentos e efeitos colaterais.

Orientar a família/pessoas importantes sobre primeiros socorros durante a crise convulsiva.

Monitorar os níveis dos medicamentos antiepiléticos, conforme apropriado.

Orientar o paciente a portar o cartão de alerta sobre medicamentos.

Remover do ambiente objetos potencialmente perigosos.

Manter aspirador junto ao leito.

Manter bolsa Ambu junto ao leito.

Manter dispositivo de via aérea oral ou nasofaríngea junto ao leito.

Usar acolchoamento nas laterais da cama.

Manter erguidas as laterais da cama.

Orientar o paciente sobre potenciais fatores precipitadores.

Orientar o paciente para solicitar ajuda caso iniciem os sintomas de convulsão.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Brewer K., Sperling M.R. Neurosurgical treatment of intractible epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1988;20(6):366-372.

Cammermeyer M., Appledorn C., editors Core curriculum for neuroscience nursing. 3rd ed.. Chicago: American Association of Neuroscience Nurses; 1990;Ig1-Ig3.

Graham O., Naveau I., Cummings C. A model for ambulatory care of patients with epilepsy and other neurological disorders. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1989;21(2):108-112.

Johanson B.C., Wells S.J., Hoffmeister D., Dungca C.U. Standards for critical care, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1988.

LeMone P., Burke K.M. Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000:1719-1727.

Santilli N., Sierzant T.L. Advances in the treatment of epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1987;19(3):141-155.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with neurologic dysfunction. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1849-1886.

Intervenção na CRISE (6160)

Definição: Uso de aconselhamento em curto prazo para ajudar o paciente a enfrentar uma crise e a retornar a um estado funcional comparável ao melhor que o estado pré-crise.

Atividades:

Proporcionar uma atmosfera de apoio.

Evitar uma falsa tranquilização.

Oferecer uma atmosfera de segurança.

Determinar se o paciente apresenta ou não risco à própria segurança ou a dos outros.

Iniciar precauções necessárias para salvaguardar o paciente ou outras pessoas contra danos físicos.

Estimular a expressão de sentimentos de forma não destrutiva.

Auxiliar a identificar os fatores precipitantes e a dinâmica da crise.

Encorajar o paciente a concentrar-se em uma implicação de cada vez.

Auxiliar na identificação de pontos fortes e capacidades pessoais que possam ser usados para solucionar a crise.

Auxiliar a identificar habilidades de enfrentamento passadas/presentes e sua eficiência.

Auxiliar no desenvolvimento de novas habilidades de enfrentamento e solução de problemas, se necessário.

Auxiliar na identificação de sistemas de apoio disponíveis.

Conectar o paciente e a família aos recursos da comunidade, se necessário.

Proporcionar orientação sobre formas de desenvolver e manter um(os) sistema(s) de apoio.

Apresentar o paciente a pessoas (ou grupos) que, com sucesso, viveram a mesma experiência.

Auxiliar a identificar rumos alternativos de ação para solucionar a crise.

Auxiliar a avaliar as possíveis consequências dos vários rumos de ação.

Auxiliar o paciente a decidir-se por um rumo de ação.

Auxiliar a formular um prazo para implementar o rumo de ação selecionado.

Avaliar com o paciente se a crise foi resolvida ou não com o rumo de ação escolhido.

Planejar com o paciente habilidades de enfrentamento adaptadas que possam ser empregadas para lidar com futuras crises.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Aguilera D.C. Crisis intervention: Theory and methodology, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Barry P.D., Farmer S. Mental health & mental illness, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Burgess A.W. Advanced practice psychiatric nursing. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1998.

Harkavy-Friedman J.M., Nelson E. Management of the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997;20(3):625-640.

Kanak M.F. Interventions related to patient safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-396. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Kneisl C.R., Riley E.A. Crisis intervention. In: Kneisl C.R., Wilson H.S., Trigoboff E., editors. *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Kus R.J. Crisis intervention. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:179-190.

Roberts A.R., editor. Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research, 2nd ed., New York: Oxford University Press, 2000.

Apoio ao CUIDADOR (7040)

Definição: Oferecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por

pessoa que não seja um profissional de saúde.

Atividades:

Determinar o nível de conhecimentos do cuidador.

Determinar a aceitação de papel pelo cuidador.

Aceitar manifestações de emoção negativa.

Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador.

Investigar pontos positivos e negativos com o cuidador.

Admitir a dependência que o paciente tem do cuidador, conforme apropriado.

Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.

Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, conforme apropriado.

Apoiar as decisões do cuidador.

Encorajar a aceitação da interdependência entre os familiares.

Monitorar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do paciente.

Informar sobre a condição do paciente, conforme as suas preferências.

Ensinar a terapia do paciente ao cuidador, conforme as preferências do paciente.

Ensinar técnicas ao cuidador para melhorar a segurança do paciente.

Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador por meio de telefonemas e/ou cuidados de enfermeiro comunitário.

Monitorar o surgimento de indicadores de estresse.

Investigar com o cuidador como ele está enfrentando a situação.

Ensinar ao cuidador técnicas de controle do estresse.

Educar o cuidador a respeito do processo de pesar.

Apoiar o cuidador ao longo do processo de pesar.

Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio.

Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental.

Reforçar a rede social do cuidador.

Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folgas.

Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitários.

Ensinar ao cuidador estratégias de acesso e maximização do atendimento de saúde e recursos comunitários.

Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga ficar evidente.

Avisar a instituição/funcionários dos serviços de emergência sobre a permanência do paciente em casa, sua condição de saúde e tecnologias usadas, com consentimento do paciente e da família.

Discutir os limites do cuidador com o paciente.

Oferecer encorajamento ao cuidador durante os momentos complicados do paciente.

Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craft M.J., Denehy J.A. Nursing interventions for infants and children. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Craft M.J., Willadsen J.A. Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):517-540. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions. St. Louis, MO: Mosby; 2001:686-693.

Moore L.W., Marocco G., Schmidt S.M., Guo L., Estes J. Perspectives of caregivers of stroke survivors: Implications for nursing. *MEDSURG Nursing*. 2002;11(6):289-295.

Cuidados durante o repouso do CUIDADOR (7260)

Definição: Oferecimento de cuidados de curto prazo para proporcionar descanso ao cuidador da família.

Atividades:

Estabelecer uma relação terapêutica com o paciente/família.

Monitorar a resistência do cuidador.

Informar o paciente/família sobre recursos financeiros disponíveis para substituto do cuidador.

Coordenar os voluntários para serviços em casa, conforme apropriado.

Providenciar o cuidador substituto.

Seguir a rotina normal de atendimento.

Oferecer cuidados, como exercícios, deambulação e higiene, conforme apropriado.

Conseguir telefones de emergência.

Determinar a forma de contato com o cuidador usual.

Providenciar cuidados de emergência se necessário.

Manter o ambiente normal da casa.

Providenciar relatório ao cuidador usual quando de sua volta.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Cowen P.S., Reed D.A. Effects of respite care for children with developmental disabilities: Evaluation of an intervention for at risk families. *Public Health Nursing*.

McClelland E., Kelly K., Buckwalter K.C. Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning. New York: Grune & Stratton, 1985.

McKeehan K.M. Continuing care. St. Louis, MO: Mosby, 1981.

Newfield S.M., Query B., Drummond J.E. Respite care users who have children with chronic conditions: are they getting a break? *Journal of Pediatric Nursing*. 2001;16(4):234-244.

Pearson M.A., Theis S.L. Program evaluation application of a comprehensive model for a community-based respite program. *Journal of Community Health Nursing*. 1991;8(1):25-31.

Perry J., Bontinen K. Evaluation of a weekend respite program for persons with Alzheimer's disease. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2001;33(1):81-95.

Reunião para Avaliação dos CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES (8020)

Definição: Planejamento e avaliação dos cuidados do paciente por profissionais de saúde de outras disciplinas.

Atividades:

Resumir os dados sobre o estado de saúde do paciente pertinentes ao planejamento dos cuidados.

Identificar os diagnósticos de enfermagem atuais.

Descrever as intervenções de enfermagem implementadas.

Descrever a reação do paciente e da família às intervenções de enfermagem.

Buscar dados sobre a eficácia das intervenções de enfermagem.

Discutir o progresso na direção das metas.

Revisar o plano de cuidados do paciente, conforme necessário.

Solicitar inclusões no planejamento dos cuidados do paciente.

Estabelecer metas em concordância mútua.

Revisar os planos de alta.

Discutir os encaminhamentos, conforme apropriado.

Recomendar mudanças no plano de tratamento, conforme necessário.

Oferecer dados para facilitar a avaliação do plano de cuidados do paciente.

Esclarecer as responsabilidades relacionadas à implementação do plano de cuidados do paciente.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Health care delivery systems. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:88-105.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Planning. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:292-314.

Mariano C. The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*. 1989;37(6):285-288.

Richardson A.T. Nurses interfacing with other members of the team. In: England D.A., editor. *Collaboration in Nursing*. Rockville, MD: Aspen; 1986:163-185.

Facilitação do Processo de CULPA (5300)

Definição: Ajudar a outra pessoa a enfrentar sentimentos de dor ou responsabilidade real ou percebida.

Atividades:

Orientar o paciente/família na identificação de sentimentos dolorosos de culpa.

Ajudar o paciente/família a identificar e examinar as situações em que são vividos ou gerados esses sentimentos.

Ajudar o paciente/familiares a identificar seus comportamentos na situação de culpa.

Ajudar o paciente/família a compreender que a culpa é uma reação comum a traumas, abuso, luto, doença catastrófica ou acidentes.

Usar teste de realidade para ajudar o paciente/família a identificar possíveis crenças irracionais.

Ajudar o paciente/família a identificar a transferência destrutiva de sentimentos para outros indivíduos, repartindo a responsabilidade na situação.

Facilitar a discussão sobre o impacto da situação sobre as relações familiares.

Facilitar o aconselhamento genético, conforme apropriado.

Encaminhar o paciente/família para um cuidador adequado para tratar condições de trauma, abuso, luto, doença ou com grupo de sobreviventes que buscam orientação e apoio.

Facilitar o apoio espiritual, conforme apropriado.

Ensinar o paciente o uso de técnicas de interrupção do pensamento e substituir pensamentos, juntamente com relaxamento voluntário da musculatura, quando pensamentos persistentes de culpa entrarem na mente.

Orientar o paciente sobre as etapas de autoperdão quando aceitar a própria culpa.

Ajudar o paciente/família a identificar as opções relativas à prevenção, restituição, reparação e resolução, quando convier.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- Antai-Otong D. Crisis intervention and management: The role of adaptation. In: Antai-Otong D., editor. *Psychiatric nursing: Biological and behavioral concepts*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning; 2003:841-862.
- Kemp C. Grief and loss. In: Fortinash K.M., Holloday Worret P.A., editors. *Psychiatric mental health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004:573-588.
- Stuart G. Self concept responses and dissociative disorders. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:303-329.
- Sundeen S. Psychiatric rehabilitation and recovery. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:239-257.
- Veenema T.G., Shroeder-Bruce K. The aftermath of violence: Children, disaster, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Pediatric Health Care*. 2002;16(5):235-244.

Intermediação CULTURAL (7330)

Definição: Uso deliberado de estratégias com competência cultural para aproximar ou intermediar a cultura do paciente e o sistema de biomédico de cuidados de saúde.

Atividades:

- Determinar a natureza das diferenças conceituais que o paciente e o enfermeiro têm em relação ao problema de saúde ou o plano de tratamento.
- Promover uma discussão franca sobre as diferenças e as semelhanças culturais.
- Identificar com o paciente as práticas culturais capazes de impactar a saúde, negativamente, de modo que o paciente possa fazer escolhas informadas.
- Discutir as discrepâncias com franqueza e esclarecer conflitos.
- Negociar, quando os conflitos não podem ser resolvidos, um compromisso de tratamento aceitável com base em conhecimentos biomédicos, conhecimento do sistema de crenças do paciente e em padrões éticos.
- Permitir mais do que o tempo normal para o processamento das informações e a tomada de uma decisão.
- Parecer relaxado e sem pressa nas interações com o paciente.
- Usar linguagem não técnica.
- Providenciar adaptações culturais (p. ex., preparo das refeições mais tarde durante o Ramadã).
- Incluir a família, quando adequado, no plano de adesão ao regime prescrito.
- Organizar o envolvimento da família para oferecer apoio ou cuidado direto.
- Traduzir a terminologia dos sintomas do paciente para a linguagem de cuidados de saúde, de modo que outros profissionais possam compreender com mais facilidade.
- Facilitar a comunicação intercultural (p. ex., uso de um tradutor, materiais escritos/mídia bilíngue, comunicação não verbal precisa; evitar estereótipos).
- Informar o paciente sobre o sistema de cuidados de saúde.
- Informar os provedores de cuidados de saúde sobre a cultura do paciente.
- Auxiliar outros provedores de cuidados de saúde a compreender e aceitar as razões do paciente para a não adesão.
- Alterar o ambiente terapêutico, incorporando elementos culturais apropriados.
- Modificar as intervenções regulares (p. ex., ensino do paciente) para formas culturalmente compatíveis.
Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Caudle P. Providing culturally sensitive health care to Hispanic clients. *Nurse Practitioner*. 1993;18(12):40-51.
- Gorman D. Multiculturalism and transcultural nursing in Australia. *Journal of Transcultural Nursing*. 1995;6(2):27-33.
- Jackson L.E. Understanding, eliciting, and negotiating clients multicultural health beliefs. *Nurse Practitioner*. 1993;18(4):36-42.
- Leininger M. Culturally competent care: Visible and invisible. *Journal of Transcultural Nursing*. 1994;6(1):23-25.
- Pillitteri A. Sociocultural aspects of maternal and child health nursing. In: Pillitteri A., editor. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:49-62.
- Rairdan B., Higgs Z.R. When your patient is a Hmong refugee. *American Journal of Nursing*. 1992;92(3):52-55.
- Sloat A.R., Matsuura W. Intercultural communication. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B.

Contenção de CUSTOS (7630)

Definição: Controle e facilitação de um uso eficiente e real dos recursos.

Atividades:

Usar suprimentos e equipamento de forma eficiente e real.

Documentar os recursos usados antes e no momento.

Determinar o ambiente apropriado para os cuidados de saúde (p. ex., cuidado domiciliar, de urgência, de emergência, clínico, agudo, de longo prazo) necessários ao oferecimento dos serviços.

Designar profissionais respeitando o orçamento e a gravidade da situação do paciente.

Comunicar e coordenar com outros departamentos as necessidades de cuidado do paciente, de modo que o cuidado seja feito no momento oportuno.

Avaliar a necessidade de cuidado de saúde (p. ex., procedimentos, exames laboratoriais, cuidado especializado).

Consultar e negociar com representantes de outras disciplinas para prevenir exames e procedimentos desnecessários/repetidos.

Dar alta aos pacientes logo que possível.

Investigar preços competitivos de suprimentos e equipamento.

Determinar se os suprimentos têm que ser descartáveis ou reutilizáveis.

Determinar se os suprimentos devem ser comprados ou adquiridos por *leasing*.

Garantir suprimentos e equipamento a preços competitivos.

Usar documentação padronizada (*i.e.*, protocolos de cuidados) para conter custos e manter a qualidade, conforme apropriado.

Colaborar com equipes interdisciplinares para conter custos e manter a qualidade, conforme apropriado.

Usar/encaminhar a programas de melhoria da qualidade para monitorar o oferecimento de cuidados qualificados ao paciente de forma custo-efetiva.

Avaliar serviços e programas quanto à eficácia de custos continuamente.

Identificar mecanismos de redução de custos.

Informar o paciente sobre custos e alternativas de quando e onde obter serviços de saúde.

Informar o paciente sobre custo, tempo e alternativas envolvidos em determinado exame ou procedimento.

Estimular o paciente/família a fazer perguntas sobre serviços e preços.

Discutir a situação financeira do paciente.

Investigar com o paciente opções criativas para assegurar os recursos necessários.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

DeBour L.M. Organizations as financial systems. In: Dienemann J., editor. *Nursing administration: Strategic perspectives and application*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1990:263-297.

Gillies D.A. Nursing management: A systems approach, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1994.

Lound J.L. Managing fiscal resources. In: Simms L.M., Price S.A., Ervin N.E., editors. *The professional practice of nursing administration*. Albany, NY: Delmar; 1994:173-184.

Marquis B.L., Huston C.J. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.

Swansburg R.C. Introductory management and leadership for clinical nurses: A text-workbook. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1993.

Pappen R.M. Nursing leadership and management: Concepts and practice, 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1995.

Estimulação CUTÂNEA (1340)

Definição: Estimulação da pele e tecidos subjacentes para reduzir sinais e sintomas indesejáveis, como dor, espasmo muscular ou inflamação.

Atividades:

Discutir os vários métodos de estimulação da pele, seus efeitos nas sensações e as expectativas do paciente durante a atividade.

Selecionar uma estratégia específica de estimulação cutânea com base no desejo do indivíduo de participar, em sua capacidade de participação, sua preferência, apoio de pessoas importantes e contra-indicações.

Escolher o tipo mais adequado de estimulação cutânea para o paciente e a condição (p. ex., massagem, frio, gelo, calor, mentol, vibração ou TENS).

Orientar sobre indicações, frequência e procedimento de aplicação.

Aplicar os estímulos diretamente no local afetado ou em seu entorno, conforme apropriado.

Selecionar o local da estimulação levando em conta outros locais quando a aplicação direta não for possível (p. ex., adjacente a, distal a, entre áreas afetadas e o cérebro).

Considerar pontos de acupressão como locais de estimulação, conforme apropriado.

Determinar a duração e a frequência da estimulação com base no método selecionado.

Estimular o uso de um método intermitente de estimulação, conforme apropriado.

Permitir, o máximo possível, a participação da família.

Selecionar outro método ou local de estimulação se não for obtida alteração da sensação.

Interromper a estimulação se ocorrer aumento da dor ou irritação à pele.

Avaliar e registrar a resposta à estimulação.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Herr K.A., Mobily P.R. Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):347-370. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

McCaffery M., Beebe A. Pain. *Clinical manual for nursing practice*. St. Louis, MO: Mosby, 1989;130-171.

Timby B.K., Smith N.E. Caring for clients with pain. In *Introductory medical-surgical nursing*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:175-188.

D

Apoio à Tomada de DECISÃO (5250)

Definição: Fornecimento de informações e apoio a paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de saúde.

Atividades:

Determinar se há diferenças entre a visão do paciente sobre a própria condição e a dos provedores de cuidados de saúde.

Auxiliar o paciente a esclarecer valores e expectativas que podem ser úteis em escolhas importantes de vida.

Informar o paciente sobre pontos de vista ou soluções alternativas de forma clara e apoiadora.

Ajudar o paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa.

Estabelecer comunicação com o paciente já na admissão hospitalar.

Facilitar ao paciente a articulação das metas de cuidado.

Obter consentimento informado quando adequado.

Facilitar a tomada de decisão conjunta.

Familiarizar-se com as políticas e procedimentos da instituição.

Respeitar o direito do paciente de receber ou não informações.

Proporcionar ao paciente as informações solicitadas.

Ajudar o paciente a explicar a decisão aos outros se necessário.

Servir de ligação entre o paciente e a família.

Servir de ligação entre o paciente e outros provedores de cuidado de saúde.

Usar *software* interativo, ou auxiliares para decisões na Internet, como coadjuvante do suporte profissional.

Encaminhar para ajuda legal, conforme apropriado.

Encaminhar para grupos de apoio, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Donahue M.P. Advocacy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1985:338-351.

Edwards A., Elwyn G. Evidence-based patient choice. New York: Oxford University Press, 2001.

Edwards A., Evans R., Elwyn G. Manufactured but not imported: New directions for research in shared decision making support and skills. *Patient Education and Counseling*. 2003;50:33-38.

Marcus P.E. Anxiety and related disorders. In: Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A., editors. *Psychiatric mental health nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 2004:171-194.

Terapia de DEGLUTIÇÃO (1860)

Definição: Facilitação da deglutição e prevenção de complicações de uma deglutição prejudicada.

Atividades:

Colaborar com outros membros da equipe de cuidados de saúde (p. ex., terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo da fala e nutricionista) para dar continuidade ao plano de reabilitação do paciente.

Determinar a capacidade do paciente para concentrar sua atenção em aprender/fazer as tarefas relativas à comida e à deglutição.

Retirar do ambiente os elementos que possam distrair antes de trabalhar a deglutição com o paciente.

Dar privacidade ao paciente, conforme seu desejo ou indicação.

Posicionar-se de modo que o paciente possa vê-lo e escutar o que você fala.

Explicar as razões do regime de deglutição ao paciente/família.

Colaborar com o terapeuta da fala para orientar a família do paciente sobre o regime de exercícios para a deglutição.

Providenciar/usar dispositivos auxiliares, conforme apropriado.

Evitar o uso de canudos para beber.

Ajudar o paciente a sentar-se ereto (o mais próximo possível de 90 graus) para alimentar-se/exercitar-se.

Ajudar o paciente a posicionar a cabeça em flexão para a frente, preparando-se para a deglutição („contração do queixo”).

Ajudar a manter a posição sentada por 30 minutos concluída a refeição.

Orientar o paciente a abrir e a fechar a boca, preparando a manipulação do alimento.

Orientar o paciente a não conversar enquanto se alimenta, se adequado.

Orientar o paciente para dizer „ahs” em *staccato* de modo a promover a subida do palato mole, se adequado.

Dar um pirulito ao paciente para que seja sugado, de modo a melhorar a força da língua, se adequado.

Ajudar paciente hemiplégico a sentar-se com o braço afetado reto sobre a mesa.

Ajudar o paciente a colocar os alimentos na parte de trás da boca e no lado não afetado.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de aspiração.

Monitorar os movimentos da língua do paciente enquanto se alimenta.

Monitorar o fechamento dos lábios durante o ato alimentar, o ato de beber e o de deglutir.

Monitorar aparecimento de sinais de cansaço durante a alimentação, a bebida e a deglutição.

Dar período de repouso antes de comer/exercitar-se, evitando cansaço excessivo.

Checar a boca em busca de armazenamento dos alimentos nas bochechas, após a refeição.

Orientar o paciente a alcançar partículas de alimento nos lábios ou queixo, usando a língua.

Ajudar o paciente a retirar partículas de alimento dos lábios e do queixo se não for capaz de estender a língua.

Orientar a família/cuidador sobre posição, alimentação e monitoramento do paciente.

Orientar o paciente/cuidador sobre necessidades nutricionais e mudanças na dieta, junto com nutricionista.

Orientar o paciente/cuidador sobre medidas de emergência relativas a sufocação.

Orientar o paciente/cuidador sobre formas de checar alimentos armazenados nas bochechas após a refeição.

Oferecer instruções por escrito, conforme apropriado.

Providenciar sessões de prática agendadas para a família/cuidador, se necessário.

Proporcionar/monitorar a consistência dos alimentos/líquidos, com base nas descobertas de pesquisas sobre deglutição.

Consultar terapeuta e/ou médico para, pouco a pouco, aumentar a consistência dos alimentos do paciente.

Ajudar a manter uma ingestão calórica e líquida adequada.

Monitorar o peso do corpo.

Monitorar a hidratação do organismo (p. ex., ingestão, eliminação, turgor da pele, mucosas).

Providenciar cuidados da boca sempre que necessário.

Leituras Sugeridas:

Baker D.M. Assessment and management of impairments in swallowing. *Nursing Clinics of North America*. 1993;28(4):793-806.

Davies P. Steps to follow: A guide to the treatment of adult hemiplegia based on the concept of K & B Bobath. Berlin, Germany: Springer-Verlag, 1993.

Emick-Herring B., Wood P. A team approach to neurologically based swallowing disorders. *Rehabilitation Nursing*. 1990;15(3):126-132.

Glick O.J. Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-568. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),
Symposium on nursing interventions

Killen J.M. Understanding dysphagia: Interventions for care. *MedSurg Nursing*. 1996;5(2):99-105.

Maat M.T., Tandy L. Impaired swallowing. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:106-116.

McHale J.M., Phipps M.A., Horvath K., Schmelz J. Expert nursing knowledge in the care of patients at risk for impaired swallowing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(2):137-141.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

DELEGAÇÃO (7650)

Definição: Transferência de responsabilidade pela realização dos cuidados do paciente, ao mesmo tempo que mantém a responsabilidade pelos resultados.

Atividades:

Determinar os cuidados do paciente que precisam ser realizados.

Identificar potencial de danos.

Avaliar a complexidade dos cuidados a serem delegados.

Determinar as habilidades necessárias à solução de problemas e inovação.

Considerar a previsibilidade do resultado.

Avaliar a competência e o treinamento do profissional de saúde.

Explicar a tarefa ao profissional de saúde.

Determinar o nível de supervisão necessário à intervenção ou atividade específica delegada (p. ex., fisicamente presente ou imediatamente disponível).

Instituir controles de modo que o enfermeiro consiga revisar as intervenções ou atividades do profissional de saúde e interferir, se necessário.

Acompanhar os profissionais de saúde regularmente para avaliar seu progresso na realização das tarefas específicas.

Avaliar o resultado da intervenção ou atividade delegada e o desempenho do funcionário.

Monitorar a satisfação do paciente e da família em relação aos cuidados.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Consider this: Delegation. *Journal of Nursing Administration*. 1991;21(7/8):11. 13

Blegen M., Gardner D., McCloskey J.C. Who helps you with your work? *American Journal of Nursing*. 1992;92(1):26-31.

Brown S.T. Don't hesitate to delegate!. *Nursing Success Today*. 1985;2(12):27-29.

Cronenwett L., Sanders E.M. Progress report on unlicensed assistive personnel. Washington, DC: American Nurses Association, 1992. Informational Report No. CNP-CNEB

Hansten R., Washburn M. Working with people: What do you say when you delegate work to others? *American Journal of Nursing*. 1992;92(7):48. 50

Jung F. Teaching registered nurses how to supervise nursing assistants. *Journal of Nursing Administration*. 1991;21(4):32-36.

Whitman M.M. Return and report: Establishing accountability in delegation. *American Journal of Nursing*. 2005;105(3):97.

Controle de Ideias DELIRANTES (6450)

Definição: Promoção de conforto, segurança e orientação para a realidade de paciente com crenças falsas e arraigadas, com pouco ou nenhum embasamento na realidade.

Atividades:

Estabelecer uma relação interpessoal de confiança com o paciente.

Oferecer ao paciente oportunidades de discutir as ideias delirantes com os cuidadores.

Evitar discutir sobre falsas crenças e instaurar dúvidas quanto aos fatos.

Evitar o reforço às ideias delirantes.

Focar a discussão mais nos sentimentos subjacentes que no conteúdo das ideias delirantes („Parece que você está com medo”).

Oferecer conforto e tranquilidade.

Encorajar o paciente a validar as crenças delirantes com outras pessoas confiáveis (p. ex., teste de realidade).

Encorajar o paciente a verbalizar as ideias delirantes aos cuidadores antes de agir de acordo com elas.

Auxiliar o paciente a identificar situações em que discutir as ideias delirantes é inaceitável do ponto de vista social.

Oferecer atividades recreativas e de lazer que exijam atenção ou habilidades.

Monitorar a capacidade de autocuidado.

Auxiliar no autocuidado, se necessário.

Monitorar a condição física do paciente.

Proporcionar repouso e nutrição adequados.

Monitorar as ideias delirantes quanto à presença de conteúdo capaz de causar dano ao paciente ou às visitas.

Proteger o paciente e os outros contra comportamentos baseados nas ideias delirantes que possam causar dano.

Manter um ambiente seguro.

Propiciar um nível adequado de vigilância/supervisão para monitorar o paciente.

Tranquilizar o paciente quanto à segurança.

Oferecer segurança e conforto ao paciente e aos demais quando o paciente for incapaz de controlar o comportamento (p. ex., limitar o local, limitar a área, usar contenção física ou isolar).

Reduzir os estímulos ambientais excessivos, se necessário.

Auxiliar o paciente a evitar ou eliminar os estressores que precipitem ideias delirantes.

Manter uma rotina diária.

Designar os mesmos cuidadores diariamente.

Administrar medicamentos antipsicóticos e anti-inflamatórios rotineiramente e sempre que necessário.

Oferecer orientação sobre os medicamentos ao paciente/pessoas importantes.

Monitorar o paciente quanto a efeitos secundários dos medicamentos e efeitos terapêuticos desejados.

Educar a família e as pessoas importantes sobre formas de lidar com um paciente com ideias delirantes.

Oferecer orientação sobre a doença ao paciente/pessoas importantes se as ideias delirantes estiverem baseadas na doença (p. ex., delírio, esquizofrenia ou depressão).

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Aromando L. *Mental health and psychiatric nursing*. Springhouse, PA: Springhouse, 1989.

Beck C.K., Rawlins R.P., Williams S.R. *Mental health psychiatric nursing*, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1988.

Birkhead L.M. Thought disorder and nursing interventions. In: Birkhead L.M., editor. *Psychiatric-mental health nursing: The therapeutic use of self*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1989:311-347.

Eklund E.S. Perception/cognition, altered. In: McFarland G.K., Thomas M.D., editors. *Psychiatric mental health nursing: Application to the nursing process*.

Controle do DELÍRIO (6440)

Definição: Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.

Atividades:

Identificar os fatores etiológicos que causam o delírio.

Iniciar terapias para reduzir ou eliminar os fatores causadores do delírio.

Monitorar o estado neurológico continuamente.

Oferecer reforço positivo incondicional.

Verbalizar o reconhecimento dos medos e sentimentos do paciente.

Promover expectativas otimistas, mas realistas.

Permitir que o paciente mantenha os rituais que limitam a ansiedade.

Oferecer ao paciente informações sobre o que está ocorrendo e o que esperar para o futuro.

Evitar exigências de pensamento abstrato se o paciente só consegue raciocinar em termos concretos.

Limitar a necessidade de decisão se isso causar frustração/confusão ao paciente.

Administrar medicamentos, conforme prescrição médica, para ansiedade ou agitação.

Encorajar visitas de pessoas significativas, conforme apropriado.

Reconhecer e aceitar as percepções ou interpretação que o paciente faz da realidade (alucinações ou ideias delirantes).

Declarar sua percepção de forma calma, segura e sem argumentar.

Reagir ao tom do sentimento em vez de reagir ao conteúdo da alucinação ou ideias delirantes.

Retirar os estímulos que criem interpretação errônea em determinado paciente (p. ex., quadros/fotos na parede, ou televisão), sempre que possível.

Manter um ambiente bem iluminado, que reduza contrastes acentuados e sombras.

Auxiliar no entendimento das necessidades relativas à alimentação, eliminação, hidratação e higiene pessoal.

Manter um ambiente livre de riscos.

Colocar pulseira de identificação no paciente.

Proporcionar um nível adequado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente e permitir as ações terapêuticas, se necessário.

Usar medidas restritivas se necessário.

Evitar frustrar o paciente com perguntas de orientação às quais ele não consegue responder.

Informar o paciente sobre pessoa, lugar e tempo, se necessário.

Oferecer um ambiente físico e uma rotina diária compatíveis.

Providenciar cuidadores com quem o paciente esteja familiarizado.

Usar indicadores ambientais (p. ex., sinais, quadros/fotos, relógios, calendários e código de cores do ambiente) para estimular a memória, reorientar e promover comportamentos adequados.

Proporcionar um ambiente com poucos estímulos ao paciente com desorientação aumentada pelo excesso de estímulos.

Encorajar o uso de dispositivos auxiliares que aumentem a percepção sensorial (p. ex., óculos, aparelho auditivo e dentaduras).

Aproximar-se lentamente do paciente e sempre pela frente.

Tratar o paciente pelo nome ao iniciar a interação.

Reorientar o paciente em relação ao cuidador a cada contato.

Comunicar-se com enunciados simples, diretos e descritivos.

Preparar o paciente para mudanças futuras na rotina e no ambiente antes de sua ocorrência.

Oferecer novas informações de forma lenta e gradual intercalada, com períodos frequentes de descanso.

Focalizar as interações interpessoais naquilo que for familiar e importante para o paciente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Batt L.J. Managing delirium. Implications for geropsychiatric nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1989;27(5):22-25.

Boss B.J. The nervous system. In: Howe J, Dickason E.J., Jones D.A., Snider M.J., editors. *The handbook of nursing*. New York: John Wiley & Sons; 1984:669-788.

Coyne P.J., Lyne M.E., Watson A.C. Symptom management in people with AIDS. *American Journal of Nursing*. 2002;102(9):48-56.

Curl A. Agitation and the older adult. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1989;27(12):12-14.

Ludwig L.M. Acute brain failure in the critically ill patient. *Critical Care Nursing*. 1989;9(10):62-75.

Sullivan N., Fogel B.S. Could this be delirium? *American Journal of Nursing*. 1986;86(12):1359-1363.

Wakefield B., Mentis J., Mobily P., Tripp-Reimer T., Culp K.R., Rapp C.G., Gasper P., Kundrat M., Wadle K.R., Akins J. Acute confusion. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:442-454.

Controle da DEMÊNCIA (6460)

Definição: Provisão de um ambiente modificado para paciente em estado de confusão crônica.

Atividades:

Incluir familiares no planejamento, prestação e avaliação dos cuidados o quanto desejar.

Identificar padrões usuais de comportamento em atividades como sono, uso de medicamentos, eliminação, ingestão de alimentos e autocuidado.

Determinar o histórico físico, social e psicológico do paciente, hábitos e rotinas usuais.

Determinar o tipo e a extensão do(s) déficit(s) cognitivo(s) usando instrumento padronizado de investigação.

Monitorar a função cognitiva usando um instrumento padronizado de investigação.

Determinar as expectativas comportamentais apropriadas ao estado cognitivo do paciente.

Proporcionar um ambiente com poucos estímulos (p. ex., música calma e tranquila, padrões familiares simples e discretos na decoração, expectativas de desempenho que não ultrapassem a capacidade cognitiva de processamento e refeições em pequenos grupos).

Fornecer iluminação adequada, mas não excessiva.

Identificar e remover os perigos potenciais ao paciente no ambiente.

Colocar no paciente a pulseira de identificação.

Proporcionar um ambiente físico e uma rotina compatíveis todos os dias.

Preparar o paciente para interagir com contato de olhos e toque, conforme apropriado.

Apresentar-se ao iniciar o contato.

Tratar o paciente pelo nome ao começar a interação e falar devagar.

Dar uma orientação direta a cada vez.

Falar com voz clara, baixa e com tom respeitoso.

Usar a distração em vez do confronto para controlar o comportamento.

Manifestar interesse incondicional e positivo.

Evitar contato e proximidade se isso causar estresse ou ansiedade.

Providenciar cuidadores que sejam conhecidos do paciente (p. ex., evitar mudanças frequentes dos cuidadores que realizam as tarefas).

Evitar situações desconhecidas sempre que possível (p. ex., trocas de quarto e consultas sem a presença de pessoas conhecidas).

Proporcionar períodos de repouso para evitar fadiga e diminuir o estresse.

Monitorar alimentação e peso.

Proporcionar espaço para andar de um lado a outro e deambular em segurança.

Evitar frustrar o paciente, perturbando-o com perguntas de orientação que ele não consegue responder.

Oferecer indicadores – como eventos atuais, estações do ano, locais e nomes – em auxílio à orientação.

Sentar o paciente à mesa com pequenos grupos de três a cinco pessoas durante as refeições, conforme apropriado.

Permitir ao paciente alimentar-se sozinho, se possível.

Oferecer alimentos para serem levados à boca com os dedos para manter a nutrição do paciente que não senta e não se

alimenta.

Oferecer ao paciente uma orientação geral quanto à estação do ano usando dicas adequadas (p. ex., decorações para datas especiais, decorações e atividades da estação e acesso a área protegida e externa).

Reduzir os ruídos evitando sistemas de chamada (celular) e campainhas sonoras.

Selecionar as atividades com televisão e rádio com base nas capacidades cognitivas de processamento e interesses.

Selecionar atividades individuais e grupais voltadas às capacidades cognitivas e interesses do paciente.

Identificar fotografias conhecidas com etiquetas com os nomes das pessoas fotografadas.

Escolher artesanato para o quarto do paciente, com paisagens, pinturas de paisagens ou outras imagens conhecidas.

Solicitar a familiares e amigos para visitarem o paciente em grupos menores, um ou dois a cada vez, se necessário, para reduzir os estímulos.

Discutir com familiares e amigos a melhor forma de interagir com o paciente.

Auxiliar a família a compreender que pode ser impossível para o paciente adquirir novos conhecimentos.

Limitar a quantidade de escolhas a serem feitas pelo paciente para não causar ansiedade.

Oferecer limites, como fita marcadora vermelha ou amarela no chão, quando unidades com poucos estímulos não estiverem disponíveis.

Colocar o nome do paciente em grandes letras maiúsculas no quarto e nas roupas, se necessário.

Usar símbolos diferentes de sinais escritos para ajudar o paciente a localizar o quarto, o banheiro ou outras áreas.

Monitorar com cuidado a ocorrência de causas fisiológicas do aumento da confusão que possam ser agudas e reversíveis.

Retirar ou cobrir espelhos se o paciente ficar assustado ou agitado por causa deles.

Discutir questões e intervenções de segurança a serem usadas em casa.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Aronson M.K., editor. *Reshaping dementia care*. Thousands Oaks, CA: Sage, 1994.

Burgener S.C., Twigg P. Interventions for persons with irreversible dementia. *Annual Review of Nursing Research*. 2002;20:89-124.

Stolley J.M., Gerdner L.A., Buckwalter K.C. Dementia management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:533-548.

Controle da DEMÊNCIA: banho (6462)

Definição: Redução de comportamento agressivo durante a higiene do corpo.

Atividades:

Personalizar o banho de acordo com as preferências usuais e/ou tradições culturais do paciente.

Usar uma abordagem flexível, oferecendo escolhas e controle do momento do dia e o tipo de banho (ducha, banheira ou esponja).

Evitar termos como „banho” e „ducha”, se possível, para reduzir a ansiedade.

Garantir privacidade e segurança no momento da retirada das roupas e do banho.

Simular um ambiente o mais parecido com o de casa (p. ex., decoração das paredes, música suave, aromaterapia, iluminação discreta).

Oferecer um ambiente confortável (p. ex., temperatura, iluminação, redução de ruídos).

Oferecer um motivo para o banho (p. ex., „Vamos para o banho antes da chegada de sua filha”).

Evitar o transporte rápido até o banheiro.

Introduzir lentamente o paciente no banho, primeiro permitindo o contato da água nas mãos.

Providenciar tempo para que os cuidados sejam realizados sem pressa.

Retirar devagar as roupas do paciente no banheiro, ao mesmo tempo que conversa sobre algo de seu interesse, diferente do banho.

Usar produtos de banho familiares para promover relaxamento.

Garantir a temperatura correta da água.

Reduzir sensações de frio oferecendo toalhas aquecidas, lavando o rosto e os cabelos por último, lavando os pés em primeiro lugar, ou solicitar que um cabeleireiro lave os cabelos do paciente.

Colocar toalha aquecida sobre a cabeça e os ombros do paciente enquanto lava as extremidades inferiores.

Massagear com loção calmante a pele após o banho.

Ver o paciente como um todo, focalizando mais a pessoa que a tarefa.

Designar um cuidador de confiança, que tenha uma atitude cordial.

Responder de forma adequada às percepções do paciente (p. ex., temperatura, dor e medo de afogamento).

Usar persuasão delicada e não empregar coerção.

Usar tom de voz suave e tranquilo.

Discutir tópicos de interesse do paciente, numa abordagem agradável e calma.

Usar toque suave.

Dar orientações curtas e simples.

Encorajar o paciente a ajudar no banho, se possível.

Usar recreação em vez de confronto para controle do comportamento.

Manter um ambiente silencioso e calmo.

Designar, se possível, um cuidador do mesmo sexo.

Identificar antecedentes ou „gatilhos” diante da ocorrência de comportamentos agressivos.

Monitorar a ocorrência de sinais verbais e não verbais de alerta de aumento da agitação.

Oferecer medicação para dor antes do banho se os movimentos forem dolorosos.

Oferecer banho de esponja se outros métodos causarem agitação.

Remover dentaduras ou oferecer algo para comer, evitando mordidas durante o banho.

Oferecer pano para higiene ou algo para o paciente segurar durante o banho.

Usar equipamento confortável para o banho.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Anderson M.A., Wendler M.C., Congdon J. Entering the world of dementia: CNA interventions for nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*. 1998;24(11):31-37.

Farrell M.M. Physically aggressive resident behavior during hygienic care. *Journal of Gerontological Nursing*. 1997;23(5):24-39.

Hoeffler B., Rader J., McKenzie D., Lavelle M., Stewart B. Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*. 1997;23(5):16-23.

Sloane P.D., Rader J., Barrick A.L., Hoeffler B., Dwyer D., McKenzie D., Lavelle M., Buckwalter K., Arrington L., Pruitt T. Bathing persons with dementia. *The Gerontologist*. 1995;35(5):672-678.

DEPOIMENTO/Testemunho (7930)

Definição: Oferecimento de testemunho escrito e sob juramento para fins legais com base em conhecimentos sobre o caso.

Atividades:

Fazer contato com seu empregador ou autor do erro, se apropriado, quando receber intimação para depor ou testemunhar.

Providenciar um advogado para representá-lo, individualmente, se necessário.

Discutir o caso somente com seu representante legal no depoimento.

Evitar conversar sobre o caso com colegas de trabalho, médicos e outros envolvidos sem a presença de seu advogado.

Solicitar a seu advogado que explique o processo de depoimento.

Preparar-se para revisar o prontuário clínico e ler ou reler todos os documentos a serem apresentados durante o depoimento.

Evitar fazer anotações, documentar ou fazer relatos durante o depoimento, a menos que orientado pelo representante legal.

Preparar-se para admitir os erros ocorridos.

Ouvir com atenção todas as perguntas e entendê-las antes de tentar respondê-las.

Ouvir as perguntas feitas e respondê-las de forma direta e honesta.

Solicitar esclarecimentos se tiver dúvidas quanto à clareza.

Evitar pressuposições ou tentar encontrar armadilhas nas perguntas.

Responder a uma pergunta somente quando a pessoa que a faz terminou de perguntar; não interpor palavras enquanto a pergunta estiver sendo formulada.

Responder às perguntas com base apenas nos conhecimentos pessoais e profissionais; não adivinhar ou especular.

Responder „Não lembro” ou „Não sei” se não lembrar algum fato.

Responder somente às perguntas feitas e não oferecer informações não solicitadas.

Responder às perguntas com „sim” ou „não”, quando possível.

Oferecer explicação somente se seu advogado solicitar.

Testemunhar somente sobre os documentos lidos.

Evitar responder a alguma pergunta a que seu advogado faz objeção.

Corrigir o advogado da outra parte, em especial se os fatos forem enunciados de forma incorreta.

Ser respeitoso, cortês e educado e não discutir com o advogado da outra parte.

Falar com calma e confiança, mas não ser arrogante ou pomposo.

Solettrar palavras incomuns após enunciá-las com clareza, quando solicitado.

Solicitar permissão para falar com seu advogado em particular, se necessário.

Evitar oferecer-se para produzir documentos; deixar que seu advogado tome a iniciativa.

Comunicar-se com o conselho oponente ou com a outra parte oponente somente com a presença de seu advogado.

Falar em voz alta e clara para que possa ser ouvido.

Quando cansado, pedir para levantar e fazer um intervalo.

Evitar pegar documentos considerados provas.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Buppert C. Nurse practitioner's business practice & legal guide. Gaithersburg, MD: Aspen, 1999.

Cady R. Preparing to give a deposition. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 1999;24(2):108.

Cady R. Testifying at a trial: What you need to know. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2000;25(4):219.

Cohn S. Glossary of legal terms. In: *The complete lawyer*. Seattle, WA: Law Seminars International; 1993:41-43.

Dempski K. If you have to give a deposition. *RN*. 2000;63(1):59-60.

Johnson L.G. The deposition guide: A practical handbook for witnesses. Seattle, WA: Law Seminars International, 1992;17-21.

Maggiore W.A. 9 tips for surviving a deposition. *Journal of Emergency Medical Services*. 1999;24(12):84-85.

Riffle S.H. Going to court. In: *The complete lawyer*. Seattle, WA: Law Seminars International; 1993:22-26.

Scott R.W. Health care malpractice: A primer on legal issues for professionals. New York: McGraw-Hill, 1999.

Sullivan G.H. Giving a deposition. *RN*. 1995;58(9):57-61.

Definição: Estruturação do ambiente e oferecimento de cuidados em resposta a indicadores comportamentais e ao estado do bebê prematuro.

Atividades:

Criar uma relação terapêutica e de apoio com os pais.

Oferecer espaço aos pais na unidade e à cabeceira do bebê.

Oferecer aos pais informações precisas sobre a condição, o tratamento e as necessidades do bebê.

Informar os pais sobre as preocupações e as questões desenvolvimentais de bebês prematuros.

Auxiliar os pais a familiarizarem-se com seu filho num ambiente confortável e calmo.

Ensinar os pais a reconhecer indicadores do estado do bebê.

Demonstrar as capacidades do bebê aos pais quando usar a escala Investigação de Dados Sobre o Comportamento de Bebês Prematuros (Assessment of Preterm Infant Behavior – APIB), ou outro instrumento de observação neurocomportamental.

Demonstrar a forma de obter a atenção visual ou auditiva do bebê.

Auxiliar os pais a planejar cuidados em resposta aos indicadores e estados do bebê.

Indicar as atividades autorreguladoras do bebê (p. ex., mão à boca, sucção, uso de estímulo visual ou auditivo).

Oferecer „descanso” quando o bebê mostrar sinais de estresse (p. ex., dedos espalmados, palidez, oscilações na frequência cardíaca e respiratória).

Ensinar aos pais formas de acalmar o bebê usando técnicas comportamentais para acalmar (p. ex., colocar a mão sobre o bebê posicionado de alguma forma, embalar o bebê ao colo etc.).

Elaborar um plano individualizado de desenvolvimento para cada bebê, e atualizá-lo com regularidade.

Evitar estímulos excessivos, estimulando um sentido por vez (p. ex., evitar conversar enquanto manuseia o bebê, olhar para ele enquanto o alimenta).

Auxiliar os pais a terem expectativas realistas sobre o comportamento e o desenvolvimento do bebê.

Oferecer limites que mantenham a flexão das extremidades, ao mesmo tempo que deem espaço para a extensão (p. ex., aninhar bem o bebê, aconchegar o bebê ao colo, usar cueiro ou saco de dormir bem ajustado ao bebê, colocar em um suporte firme, colocar um chapéu, colocar roupas que envolvam bem o bebê).

Oferecer apoios que mantenham a posição e evitem deformação (p. ex., rolos para as costas, colocação do bebê entre cobertas, bem firme, colocação do bebê em saco de dormir ou cueiro, protetores para a cabeça).

Reposicionar o bebê com frequência.

Oferecer estímulos intermitentes aos braços para facilitar as atividades mão-boca.

Providenciar colchão d’água e pele de carneiro quando apropriado.

Usar a menor fralda existente para evitar a abdução de quadril.

Monitorar os estímulos (p. ex., luzes, ruídos, manuseio, procedimentos) no ambiente do bebê e reduzi-los, se adequado.

Diminuir a iluminação no ambiente.

Proteger os olhos do bebê ao usar lâmpadas com mais watts.

Alterar a luz do ambiente para propiciar ritmo diurno.

Reduzir o ruído do ambiente (p. ex., baixar e responder rapidamente ao som de alarmes dos monitores e aos telefones, afastar as conversas da cama do bebê).

Posicionar a incubadora longe de fontes de ruído (p. ex., pias, portas, telefone, muita atividade, rádio, trânsito e atividades constantes).

Agendar o horário dos cuidados e da alimentação do bebê, respeitando o ciclo sono/vigília.

Reunir e preparar o equipamento necessário longe da cabeceira do bebê.

Agrupar as atividades de cuidado de modo a promover o intervalo de sono maior possível e a conservação da energia.

Oferecer uma cadeira confortável em área tranquila para a alimentação do bebê.

Realizar movimentos lentos e suaves ao manusear, alimentar ou cuidar do bebê.

Alimentar o bebê sem olhar para ele, ou sem conversar com ele se isso estimular demais a criança.

Posicionar o bebê e oferecer apoio durante o ato alimentar, mantendo a flexão e a posição intermediária (p. ex., apoio ombro e tronco, dispositivo que une os pés, dispositivo para segurar a mão, uso de cueiro ou colo firme que envolva a criança).

Alimentar em posição ereta para promover a extensão da língua e a deglutição.

Promover a participação dos pais na alimentação.

Apoiar a amamentação se for esse o desejo da mãe.

Usar uma chupeta para a sucção não nutritiva se a alimentação por gavagem for usada entre as refeições, quando apropriado.

Oferecer um ambiente tranquilo após o ato alimentar para evitar vômito, soluço, cuspidas e aspiração.

Facilitar um estado de transição e acalmar durante procedimentos dolorosos, estressantes mas necessários.

Estabelecer rotinas previsíveis para promover os ciclos regulares de sono/vigília.

Oferecer estímulos usando música instrumental gravada, móveis, massagem, embalo do bebê e toque, quando apropriado.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Becker P.T., Grunwald P.C., Moorman J., Stuhr S. Outcomes of developmentally supportive nursing care for very low birth weight infants. *Nursing Research*. 1991;40(3):150-155.

Blackburn S.T., VandenBerg K.A. Assessment and management of neonatal neurobehavioral development. In: Kenner C, Brueggemeyer A, Gunderson L.P., editors. *Comprehensive neonatal care: A physiologic perspective*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993:1094-1123.

Cole J.G., Begish-Duddy A., Judas M.L., Jorgensen K.M. Changing the NICU environment: The Boston City Hospital model. *Neonatal Network*. 1990;9(2):15-23.

Jorgensen K.M. Developmental care of the preterm infant. South Weymouth, MA: Children's Medical Ventures, 1993.

Montgomery L.A. Developmental care: Preterm infant. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2001.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Shogan M.G., Schumann L.L. The effect of environmental lighting on the oxygen saturation of preterm infants in the NICU. *Neonatal Network*. 1993;12(5):7-13.

Zahr L.K., Parker S., Cole J. Comparing the effects of neonatal intensive care unit intervention on premature infants at different weights. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1992;13(3):165-172.

Melhora do DESENVOLVIMENTO: adolescente (8272)

Definição: Facilitação de um excelente crescimento físico, cognitivo, social e emocional das pessoas durante a transição da infância para a vida adulta.

Atividades:

Construir uma relação de confiança com o adolescente e seu(s) cuidador(es).

Encorajar o adolescente a envolver-se, ativamente, nas decisões sobre seu cuidado de saúde.

Discutir marcos do desenvolvimento normal e comportamentos associados ao adolescente e ao(s) cuidador(es).

Investigar problemas de saúde relevantes ao adolescente e/ou sugeridos por seu histórico (p. ex., anemia, hipertensão, distúrbios auditivos e visuais, hiperglicemia, problemas de saúde oral, amadurecimento sexual anormal, crescimento físico anormal, distúrbios da imagem corporal, transtornos alimentares, nutrição insatisfatória, uso de álcool, cigarro e drogas, comportamento sexual não saudável, doença infecciosa, autoconceito insatisfatório, autoestima baixa, depressão, dificuldade nos relacionamentos, abuso, problemas de aprendizagem ou profissionais).

Oferecer as vacinas apropriadas (p. ex., sarampo, caxumba, rubéola, difteria, tétano, hepatite B).

Oferecer conselhos de saúde e orientação ao adolescente e seu(s) cuidador(es).

Promover a higiene e a boa apresentação pessoais.

Encorajar participação em exercícios seguros, com regularidade.

Promover uma dieta saudável.

Facilitar o desenvolvimento da identidade sexual.

Estimular comportamento sexual responsável.

Oferecer contraceptivos com instruções de uso, se necessário.

Promover o desejo de evitar álcool, cigarro e drogas.

Promover a segurança em veículos automotores.

Facilitar a capacidade de decidir.

Melhorar as habilidades de comunicação.

Melhorar as habilidades de assertividade.

Facilitar um senso de responsabilidade por si e pelos outros.

Encorajar reações não violentas para resolver conflitos.

Encorajar os adolescentes a fixarem metas.

Encorajar o desenvolvimento e a manutenção de relações sociais.

Encorajar a participação em atividades escolares, extracurriculares e comunitárias.

Melhorar a eficiência dos pais do adolescente.

Encaminhar a aconselhamento, se necessário.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Aquilino M.L. Teen pregnancy: Primary prevention. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:659-676.

American Nurses Association. *Clinician's handbook of preventive services*. Waldorf, MD: Author, 1994.

Archer S.L. *Interventions for adolescent identity development*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

Papalia D., Olds S. *Human development*, 6th ed. New York: McGraw-Hill, 1995.

Pillitteri A. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Rice F. *Child and adolescent development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1997.

Ross-Alaolmolki K. Teaching conflict resolution. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:691-706.

Melhora do DESENVOLVIMENTO: infantil (8274)

Definição: Facilitação ou ensino aos pais/cuidadores para facilitar um excelente crescimento da motricidade ampla e fina, da cognição, das habilidades sociais e emocionais da criança em idade pré-escolar e escolar.

Atividades:

Construir uma relação de confiança com a criança.

Estabelecer uma interação entre você e a criança.

Auxiliar a criança a conscientizar-se de sua importância como indivíduo.

Identificar necessidades especiais da criança e as adaptações necessárias, quando apropriado.

Construir uma relação de confiança com os cuidadores.

Ensinar aos cuidadores os marcos do desenvolvimento normal e os comportamentos associados.

Demonstrar aos cuidadores as atividades que promovem desenvolvimento.

Facilitar o contato do cuidador com os recursos da comunidade, quando apropriado.

Encaminhar os cuidadores para grupos de apoio, quando apropriado.

Facilitar a integração da criança com os colegas.

Certificar-se de que a linguagem corporal esteja de acordo com a comunicação verbal.

Encorajar a criança a interagir com os outros imitando papéis nas interações sociais.

Proporcionar atividades que encorajem a interação entre as crianças.

Auxiliar a criança a partilhar e a esperar a vez para as atividades.

Encorajar a criança a expressar-se por meio de recompensas positivas ou *feedback* para as tentativas.

Segurar ao colo, embalar e oferecer conforto à criança, em especial quando triste.

Reforçar a colaboração e não a competição entre as crianças.

Criar um espaço seguro e bem definido para que a criança explore e aprenda.

Ensinar a criança a buscar ajuda de outros quando precisar.

Encorajar o sonho ou a fantasia sempre que adequado.

Oferecer brinquedos ou materiais adequados à idade.

Ajudar a criança a aprender habilidades de autocuidado (p. ex., alimentar-se, fazer a higiene íntima, escovar os dentes, lavar as mãos, vestir-se).

Ouvir música e falar sobre ela.

Cantar e conversar com a criança.

Encorajar a criança a cantar e dançar.

Ensinar a criança a seguir orientações.

Facilitar o desempenho de papéis das atividades cotidianas dos adultos no mundo infantil (p. ex., brincar de loja etc.).

Ser coerente e estruturado no controle do comportamento/estratégias de modificação.

Redirecionar a atenção quando preciso.

Fazer com que a criança com mau comportamento „faça pausas” ou „dê um tempo”.

Oferecer oportunidades e materiais para construir, desenhar, modelar com argila, pintar e colorir.

Auxiliar a cortar e colar várias formas.

Oferecer oportunidades para fazer jogos de adivinhação e labirintos.

Ensinar a criança a reconhecer e manipular as formas.

Ensinar a criança a escrever o nome/reconhecer a letra inicial/identificar o nome, quando apropriado.

Nomear objetos no ambiente.

Contar ou ler histórias para a criança.

Trabalhar a ordem e a sequência das letras, números e objetos.

Auxiliar na organização dos espaços.

Ensinar a planejar, encorajando a criança a adivinhar o que acontecerá em seguida e a levá-la a listar outras opções possíveis, e assim por diante.

Oportunizar o exercício e encorajá-lo, bem como grandes atividades motoras.

Ensinar a criança a pular sobre objetos.

Ensinar a criança a fazer cambalhotas.

Dar oportunidade para brincadeiras em locais públicos.

Sair com a criança em caminhadas.

Monitorar o regime de medicamentos prescrito, quando apropriado.

Garantir que os exames médicos e/ou os tratamentos sejam feitos no momento certo, quando apropriado.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

American Public Health Association and the American Academy of Pediatrics. Caring for our children – National health and safety performance standards: Guidelines for out-of home child care programs. Washington, DC: Author, 1992.

Kane M. Cognitive styles of thinking and learning: Part 1. *Academic Therapy*. 1984;19(5):527-536.

Peck J. Using storytelling to promote language and literacy development. *The Reading Teacher*. 1989;43(2):138-141.

Phillips S., Hartley J.T. Developmental differences and interventions for blind children. *Pediatric Nursing*. 1988;14(3):201-204.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Controle do DESFIBRILADOR: externo (4095)

Definição: Cuidado de paciente que recebe desfibrilação para controle de distúrbios do ritmo cardíaco que são uma ameaça à vida.

Atividades:

Iniciar a reanimação cardiopulmonar, se indicado.

Preparar para desfibrilação imediata de paciente sem pulso e reação, juntamente com reanimação cardiopulmonar.

Manter a reanimação cardiopulmonar quando não administrar desfibrilação externa.

Determinar tipo e técnicas de funcionamento de desfibrilador disponível.

Aplicar compressas ou pás, conforme as recomendações da máquina (p. ex., as pás precisam de agente condutor; as compressas já contêm agente condutor).

Colocar dispositivos adequados de monitoramento nos pacientes (compressas para desfibrilador externo automático ou derivações do monitor).

Colocar pás ou compressas para evitar as roupas ou lençóis, como convier.

Determinar a necessidade de choque conforme as orientações do desfibrilador ou a interpretação da arritmia.

Carregar a máquina com os joules adequados.

Usar precauções de segurança antes da descarga (p. ex., dizer „afastar-se” três vezes para ter certeza de que ninguém está em contato com o paciente, inclusive ele mesmo).

Monitorar os resultados e repetir quando indicado.

Minimizar interrupções das compressões torácicas em pacientes que não reagem.

Registrar os acontecimentos adequadamente.

Auxiliar o paciente a recuperar-se, se indicado (p. ex., sistema pré-hospitalar de emergência ativado, quando fora do hospital para transportar o paciente a instituição de atendimento de emergência; combinar transporte dentro do hospital com a unidade de enfermagem adequada para tratamento intensivo conforme indicação).

Orientar os novos enfermeiros sobre o tipo e as técnicas de funcionamento para o desfibrilador disponível.

Auxiliar na educação do público relativa ao uso correto e indicações do desfibrilador externo em parada cardiopulmonar. Quinta edição.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices. Bethesda, MD: Author, 2002.

American Heart Association. Electric therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation*. 2005;112(24):35-46.

American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl. 1):IV1-IV211.

Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Controle do DESFIBRILADOR: interno (4096)

Definição: Cuidado do paciente que está sendo monitorado permanentemente para detecção de arritmias de distúrbios cardíacos com risco de morte por meio da inserção e do uso do desfibrilador cardíaco interno.

Atividades:

Oferecer ao paciente e aos familiares informações relativas ao implante do desfibrilador (p. ex., indicações, funcionamento, experiência cardioversora, mudanças necessárias no estilo de vida, complicações potenciais).

Dar informações concretas e objetivas sobre os efeitos da terapia com desfibrilador para reduzir a incerteza, o medo e a ansiedade do paciente sobre os sintomas relacionados ao tratamento.

Documentar os dados pertinentes no prontuário do paciente sobre a inserção inicial do desfibrilador (p. ex., fabricante, modelo, número de série, data do implante, modo de funcionamento, capacidade do ritmo e/ou realização de choques, sistema de oferecimento de choque, limites superiores e inferiores de frequência para dispositivos com frequência de resposta).

Confirmar a colocação do desfibrilador após o implante, iniciando com raios X.

Monitorar a ocorrência de complicações potenciais associadas à inserção do desfibrilador (p. ex., pneumotórax, hemotórax, perfuração do miocárdio, tamponamento cardíaco, hematoma, PVCs, infecções, soluços, espasmos musculares).

Observar a ocorrência de mudanças na condição cardíaca ou hemodinâmica, indicativas de necessidade de modificação dos parâmetros do desfibrilador.

Monitorar alterações capazes de influenciar o estado do paciente (p. ex., mudanças no estado hídrico, derrame

pericárdico, anormalidades eletrolíticas ou metabólicas, alguns medicamentos, inflamação tissular, fibrose tissular, necrose dos tecidos).

Monitorar a ocorrência de edema nos braços ou calor aumentado no lado ipsilateral ao dispositivo e derivações implantados.

Monitorar a ocorrência de vermelhidão ou edema no local do dispositivo.

Orientar o paciente a evitar roupas apertadas ou que comprimam, capazes de ocasionar atrito no local da inserção.

Orientar o paciente sobre restrição às atividades (p. ex., restrições iniciais a movimentos dos braços no caso de implantes peitorais, levantamento de objetos pesados, esportes de contato, adesão a restrições para dirigir automóveis).

Monitorar a ocorrência de sintomas de arritmias, isquemia ou insuficiência cardíaca (p. ex., tontura, síncope, palpitações, dor no peito, fadiga), em especial, a cada contato com o paciente.

Orientar o paciente e os familiares sobre sintomas a relatar (p. ex., tontura, desmaio, fraqueza prolongada, náusea, palpitações, dor no peito, dificuldade para respirar, desconforto no local da inserção ou local do eletrodo externo, choques elétricos).

Orientar o paciente sobre sintomas de emergências e o que fazer se ocorrerem (p. ex., telefonar para a emergência se tiver tontura).

Monitorar os fármacos e os níveis dos eletrólitos no caso de paciente que recebe medicamentos antiarrítmicos simultâneos.

Monitorar a ocorrência de condições metabólicas com efeitos adversos sobre os desfibriladores (distúrbios ácido-básicos, isquemia miocárdica, hipercalemia, hiperglicemia grave [superior a 600 mg/dL], insuficiência renal, hipotireoidismo).

Orientar o paciente sobre complicações potenciais do desfibrilador em decorrência de interferência eletromagnética (descargas inadequadas, efeitos pró-arrítmicos potenciais do desfibrilador, vida reduzida do gerador do desfibrilador, arritmia e parada cardíacas).

Orientar o paciente sobre segurança básica para evitar interferência eletromagnética (p. ex., manter uma distância mínima de 15 cm das fontes de interferência, não deixar telefones celulares ligados em bolso de camisa sobre o desfibrilador).

Orientar o paciente sobre fontes da maior interferência eletromagnética (p. ex., equipamento de solda, estimuladores eletrônicos musculares, radiotransmissores, alto-falantes, grandes sistemas geradores de movimento, perfuradoras elétricas, detectores manuais de metal, ressonância magnética, tratamentos por radiação).

Orientar o paciente sobre considerações especiais relativas a portas de acesso de segurança em aeroportos ou prédios governamentais (p. ex., sempre informar o guarda sobre o desfibrilador implantado, passar pelos portões de segurança, NÃO permitir que detectores manuais de metal se aproximem do local do dispositivo, sempre andar depressa ao passar por detectores de metal, ou solicitar inspeção manual, não se encostar ou ficar em pé nas proximidades de dispositivos de detecção por longos períodos).

Orientar o paciente no sentido de que os detectores manuais de metal contêm magnetos capazes de mudar os ajustes do desfibrilador, causando problemas de funcionamento.

Orientar o paciente a checar os alertas do fabricante quando em dúvida sobre eletrodomésticos.

Orientar o paciente a sempre portar o cartão de identificação do fabricante.

Orientar o paciente a usar pulseira ou colar de alerta médico que identifique o desfibrilador.

Orientar o paciente sobre a necessidade de *checkups* regulares com o cardiologista responsável.

Monitorar a ocorrência de problemas com o desfibrilador entre as visitas de controle (p. ex., descargas inadequadas, descargas frequentes).

Orientar o paciente a manter um diário detalhado de todas as descargas (p. ex., hora, local e atividade do paciente quando ocorreu a descarga, sintomas físicos antes e depois da descarga) para revisão com o médico.

Orientar o paciente a consultar o cardiologista responsável em relação a todas as mudanças nos medicamentos.

Orientar o paciente que possui desfibrilador recente para evitar dirigir veículos automotivos até obter permissão do cardiologista (normalmente, de três e seis meses após o último evento arritmico sintomático).

Orientar o paciente sobre a necessidade de avaliação regular pelo cardiologista para a manutenção de rotina.

Orientar o paciente sobre a necessidade de fazer raios X torácico anual para confirmar a posição do desfibrilador.

Evitar assustar familiares e amigos sobre choques inesperados.

Orientar a família do paciente (em especial, os parceiros sexuais) sobre a não ocorrência de danos a pessoas que tocam o paciente que recebe descarga de desfibrilador (p. ex., pode sentir o choque, mas ele não é prejudicial).

Ensinar o paciente e a família sobre as precauções e restrições necessárias.

Investigar as reações psicológicas (p. ex., mudanças na autoimagem, depressão devido a restrições para dirigir, medo de choques, aumento da ansiedade, preocupações quanto a atividades sexuais, mudanças nas relações com o parceiro).

Encorajar o paciente e os familiares a frequentarem aulas sobre reanimação cardiopulmonar.

Encorajar a frequência a reuniões com grupos de apoio.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices. Bethesda, MD: Author, 2002.

Burke L.J. Securing life through technology acceptance: The first six months after transvenous internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart & Lung*. 1996;25(5):352-366.

Dougherty C.M., Benoliel J.Q., Bellin C. Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. *Heart & Lung*. 2000;29(2):79-86.

Finch N.J., Sneed N.V., Leman R.B., Watson J. Driving with an internal defibrillator: Legal, ethical and quality of life issues. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1997;11(2):58-67.

James J.E. The psychological and emotional impact of living with an automated internal cardioverter defibrillator: How can nurses help? *Intensive and Critical Care Nursing*. 1997;13(6):316-323.

Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.

Overbay D., Criddle L. Mastering temporary invasive cardiac pacing. *Critical Care Nurse*. 2004;24(3):25-32.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Yeo T.P., Berg N.C. Counseling patients with implanted cardiac devices. *The Nurse Practitioner*. 2005;29(12):58-65.

Manutenção de Acesso para DIÁLISE (4240)

Definição: Conservação de locais de acesso vascular (arteriovenoso).

Atividades:

Monitorar o local de saída do cateter quanto à migração.

Monitorar o local de acesso quanto a vermelhidão, edema, calor, drenagem, hematoma, sangramento e redução da sensibilidade.

Aplicar gaze esterilizada, unguento e curativo no local de cateter venoso central de diálise a cada tratamento.

Monitorar quanto à permeabilidade da fístula AV a intervalos frequentes (p. ex., palpar para verificar ocorrência de vibração e auscultar para ver se há bulhas).

Heparinizar cateteres venosos centrais recém-inseridos para diálise.

Heparinizar novamente cateteres venosos centrais da diálise, após a diálise, ou a cada 72 horas.

Evitar a compressão mecânica de locais de acesso periférico.

Evitar a compressão mecânica dos membros do paciente próximo ao cateter central de diálise.

Ensinar o paciente a evitar compressão mecânica de local de acesso periférico.

Ensinar ao paciente formas de cuidar do local de acesso à diálise.

Evitar punção venosa e verificação da pressão sanguínea na extremidade de acesso periférico.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Eisenbud M.D. The handbook of dialysis access. Columbus, OH: Anadem, 1996.

Gutch C.F., Stoner M.H., Carea A.L. Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Lancaster L.E. Core curriculum for nephrology nursing, 4th ed. Pitman, NJ: American Nephrology Nurses Association, 2001. Section 10

Levine D.Z. Caring for the renal patient, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997.

Terapia de DIÁLISE Peritoneal (2150)

Definição: Administração e monitoramento da solução da diálise ao entrar e sair da cavidade peritoneal.

Atividades:

Explicar o procedimento de diálise peritoneal selecionado e a finalidade.

Aquecer o líquido da diálise antes de sua infusão.

Investigar a permeabilidade do cateter observando a dificuldade na infusão e na drenagem.

Manter o registro dos volumes infundidos e drenados e do balanço de líquidos parcial/total.

Fazer o paciente esvaziar a bexiga antes da inserção do cateter peritoneal.

Evitar pressão mecânica excessiva nos cateteres de diálise peritoneal (p. ex., tosse, troca de curativo, infusão de grandes volumes).

Monitorar a pressão do sangue, pulso, respiração, temperatura e resposta do paciente durante a diálise.

Assegurar o manuseio asséptico do cateter e das conexões peritoneais.

Coletar amostras laboratoriais e revisar a química do sangue (p. ex., ureia no sangue, níveis de creatinina sérica e níveis séricos de sódio, potássio e fosfato).

Obter culturas de contagem celular do líquido peritoneal, drenando, se indicado.

Registrar os sinais vitais iniciais: peso, temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

Medir e anotar a circunferência abdominal.

Medir e registrar o peso diariamente.

Prender bem as conexões e o cateter.

Verificar o equipamento e as soluções, conforme o protocolo da instituição.

Administrar as trocas da diálise (tempo de infusão, de permanência e de drenagem), conforme o protocolo da instituição.

Monitorar a ocorrência de sinais de infecção (p. ex., peritonite e infecção no local de saída da drenagem).

Monitorar sinais de alterações respiratórias.

Monitorar sinais de perfuração intestinal ou vazamento de líquidos.

Trabalhar com o paciente para ajustar a duração da diálise, as regulações da dieta e as necessidades relativas à dor e recreativas, para alcançar o maior benefício possível do tratamento.

Ensinar o paciente a monitorar-se em relação a sinais e sintomas indicativos de necessidade de tratamento médico (p. ex., febre, sangramento, dificuldade respiratória, pulso irregular, drenagem turva e dor abdominal).

Ensinar o procedimento ao paciente que necessite de diálise em casa.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Fearing M.O., Hart L.K. Dialysis therapy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:587-601.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with upper or lower urinary tract dysfunction. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1271-1308.

Controle da DIARREIA (0460)

Definição: Controle e alívio de diarreia.

Atividades:

Determinar o histórico da diarreia.

Obter fezes para cultura e testes de sensibilidade se a diarreia continuar.

Avaliar os medicamentos normalmente ingeridos na busca de efeitos secundários gastrointestinais.

Ensinar ao paciente o uso apropriado de medicamentos antidiarreia.

Orientar o paciente/familiares sobre registro da cor, volume, frequência e consistência das fezes.

Avaliar o conteúdo nutricional da dieta prescrita.

Encorajar refeições menores e frequentes, acrescentando alimentos mais consistentes de forma gradativa.

Ensinar o paciente a eliminar da dieta alimentos formadores de gases e muito temperados.

Sugerir a tentativa de eliminar alimentos com lactose.

Identificar os fatores (p. ex., medicamentos, bactérias, alimentação por sonda) capazes de causar ou contribuir para a diarreia).

Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia.

Orientar o paciente para que notifique a enfermagem a cada episódio de diarreia.

Observar, regularmente, o turgor da pele.

Monitorar a pele na área perianal quanto a irritação e formação de úlceras.

Medir a diarreia/eliminação intestinal.

Pesar o paciente com regularidade.

Avisar o médico sobre aumento na frequência ou intensidade dos sons intestinais.

Consultar o médico se persistirem os sinais e sintomas da diarreia.

Orientar sobre dieta com baixo teor de fibras, elevado teor proteico e calórico, conforme apropriado.

Orientar para evitar laxantes.

Ensinar ao paciente/família formas de manter um diário alimentar.

Ensinar ao paciente técnica de redução do estresse, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a utilizar as técnicas de redução do estresse.

Monitorar o preparo seguro dos alimentos.

Realizar atividades que proporcionem descanso intestinal (p. ex., NPO, dieta líquida).

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Hogan C.M. The nurse's role in diarrhea management. *Oncology Nurse Forum*. 1998;25(5):879-886.

Taylor C.M. Nursing diagnosis cards. Springhouse, PA: Springhouse, 1987.

Wadle K. Diarrhea. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:227-237.

Williams M.S., Harper R., Magnuson B., Loan T., Kearney P. Diarrhea management in enterally fed patients. *Nutrition in Clinical Problems*. 1998;13(5):225-229.

Planejamento da DIETA (1020)

Definição: Instituição de restrições alimentares necessárias, com progressão subsequente da dieta conforme a

tolerância.

Atividades:

Determinar a presença de sons intestinais.

Instituir NP se necessário.

Clampar a sonda nasogástrica e monitorar a tolerância, conforme apropriado.

Monitorar estado de alerta e presença do reflexo do vômito, conforme apropriado.

Monitorar a tolerância à ingestão de lascas de gelo e água.

Determinar se o paciente está eliminando flatos.

Colaborar com outros membros da equipe de saúde para progredir com a dieta da forma mais rápida possível, sem complicações.

Evoluir da dieta de líquidos claros, líquida total e pastosa até a dieta normal ou especial, conforme a tolerância, para adultos e crianças.

Evoluir da água com glicose ou solução oral eletrolítica, passando por fórmulas pouco enriquecidas, até fórmulas enriquecidas completas, no caso dos bebês.

Monitorar a tolerância à evolução da dieta.

Oferecer seis refeições menores em vez de três refeições normais, conforme apropriado.

Expor as limitações à dieta na cabeceira da cama, no plano de cuidados e no prontuário do paciente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Burtis G., Davis J., Martin S. Applied nutrition and diet therapy. Philadelphia: W.B. Saunders, 1988.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 2000:941-944.

Dietary Department, The University of Iowa Hospitals and Clinics. Recent advances in therapeutic diets, 4th ed. Ames, IA: Iowa State University Press, 1989.

Dudek S.G. Feeding patients: Hospital food and enteral and parenteral nutrition. In *Nutrition essentials for nursing practice*, 5th rev. ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:417-456.

Nolan E.M. Nausea, vomiting, and dehydration. In: Jacobs M.M., Geels W., editors. *Signs and symptoms in nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1985:373-403.

Proteção dos DIREITOS do Paciente (7460)

Definição: Proteção dos direitos de cuidado à saúde do paciente, em especial se for menor, incapacitado ou incompetente, para tomar decisões.

Atividades:

Fornecer ao paciente a „Declaração de Direitos do Paciente”.

Proporcionar um ambiente adequado a conversas particulares entre o paciente, a família e os profissionais de cuidados da saúde.

Proteger a privacidade do paciente durante atividades de higiene, eliminação e cuidados com a aparência.

Determinar se os desejos de cuidados de saúde do paciente são conhecidos, sob a forma de orientações antecipadas (p. ex., testamento, representante legal do paciente para cuidados de saúde).

Honrar o direito do paciente de receber controle adequado da dor em caso de condições agudas, crônicas e terminais.

Determinar quem tem poder legal para consentir o tratamento ou pesquisas.

Trabalhar com o médico e a administração do hospital para honrar os desejos do paciente e da família.

Evitar impor o tratamento.

Observar as preferências religiosas.

Conhecer a situação legal do testamento do paciente em vida.

Respeitar os desejos do paciente expressos no testamento ou expressar por representante legal para cuidados de saúde, conforme apropriado.

Respeitar as ordens escritas de „Não Reanimar”.

Auxiliar a pessoa que está morrendo nos assuntos pendentes.

Anotar no prontuário médico todos os fatos observados que confirmem a competência mental da pessoa para fazer um testamento.

Intervir em situações que envolvam cuidados inseguros ou inadequados.

Estar atento às exigências de relatórios obrigatórios por lei.

Limitar o uso do prontuário médico do paciente aos provedores imediatos de cuidado.

Manter o sigilo das informações de saúde do paciente.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Hospital Association. Ethical conduct for health care institutions. Chicago: Author, 2001.

American Hospital Association. *The patient care partnership*. 2003. Available January 3, 2006, from <http://www.aha.org/aha/issues/Communicating-With-Patients/pt-care-partnership.html>.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:4. 5-6

Ryan B. Advance directives: Your role. *RN*. 2004;67(5):59-62.

Timby B.K., Smith N.E. Legal and ethical issues. In *Introductory medical-surgical nursing*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:34-47.

Weiler K., Moorhead S. Patient rights protection. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:624-636.

Controle da DISREFLEXIA (2560)

Definição: Prevenção e eliminação de estímulos que causam reflexos hiperativos e reações autonômicas inadequadas em paciente com lesão cervical ou torácica superior.

Atividades:

Identificar e minimizar os estímulos capazes de precipitar disreflexia (p. ex., distensão da bexiga, cálculos renais, infecção, impactação fecal, exame retal, inserção de supositório, ruptura da pele, roupas pessoais e roupa de cama

apertadas).

Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de disreflexia autonômica (p. ex., hipertensão paroxísmica, bradicardia, taquicardia, diaforese acima do nível da lesão, rubor facial, palidez abaixo do nível da lesão, dor de cabeça, congestão nasal, ingurgitamento dos vasos temporais e do pescoço, congestão da conjuntiva, calafrios sem febre, ereção pilomotora e dor no peito).

Investigar e remover a causa desencadeante da lesão (p. ex., distensão da bexiga, impactação fecal, lesões de pele, roupas de cama constrictivas, meias de apoio e ataduras abdominais).

Colocar a cabeceira da cama na posição ereta, conforme apropriado, para reduzir a pressão sanguínea e promover o retorno venoso cerebral.

Permanecer com o paciente e monitorar a ocorrência de estase venosa a cada três a cinco minutos caso ocorra hiperreflexia.

Administrar agentes anti-hipertensivos, via intravenosa, conforme prescrição.

Orientar o paciente e família sobre causas, sintomas, tratamento e prevenção da disreflexia.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

McCance K.L., Huether S.E. Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

DISTRAÇÃO (5900)

Definição: Foco proposital da atenção longe de sensações indesejadas.

Atividades:

Encorajar o indivíduo a escolher técnica(s) de distração desejada, como música, participação em conversas ou relato detalhado de eventos ou histórias, imagem orientada ou relatos humorísticos.

Orientar o paciente sobre os benefícios da estimulação de vários sentidos (p. ex., música, cálculos, televisão e leitura).

Considerar a utilização de técnicas de distração, como jogos, terapia ocupacional, leitura de histórias, canto ou atividades rítmicas para crianças mais jovens; apelar para mais de um sentido que não exijam alfabetização ou capacidade de raciocínio.

Sugerir técnicas compatíveis com o nível de energia, capacidade, faixa etária e de desenvolvimento e que tenham sido usadas com eficácia anteriormente.

Individualizar o conteúdo da técnica de distração com base no que foi usado com sucesso antes, na idade e nível de desenvolvimento.

Aconselhar o paciente a praticar a técnica de distração antes do horário necessário, se possível.

Orientar o paciente sobre maneiras de se envolver na distração (uso de equipamento ou materiais) antes do momento exigido, se possível.

Estimular a participação da família e pessoas significativas e oferecer orientação, se necessário.

Usar a distração sozinha ou com outras medidas para divertir (distração sensorial múltipla), conforme apropriado.

Avaliar e documentar a resposta à distração.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

- Cason C.L., Grissom N.L. Ameliorating adults' acute pain during phlebotomy with a distraction intervention. *Applied Nursing Research*. 1997;10(4):168-173.
- Fanurik D., Koh J.L., Schmitz M.L. Distraction techniques combined with EMLA: Effects on IV insertion pain and distress in children. *Children's Health Care*. 2000;29(2):87-101.
- Herr K.A., Mobily P.R. Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):347-370. G.M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Kleiber C. Distraction. In: Craft-Rosenberg M, Denehy J, editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:315-328.
- Kleiber C., Craft-Rosenberg M., Harper D.C. Parents as distraction coaches during IV insertion: A Randomized study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2001;22(4):851-861.
- Kleiber C., Harper D.C. Effects of distraction on children's pain and distress during medical procedures: A meta-analysis. *Nursing Research*. 1999;48(1):44-49.
- Schneider S.M., Workman M.L. Virtual reality as a distraction intervention for older children receiving chemotherapy. *Pediatric Nursing*. 2000;26(6):593-597.

DOCUMENTAÇÃO (7920)

Definição: Registro de dados pertinentes do paciente em prontuário clínico.

Atividades:

Registrar todas as descobertas do levantamento/histórico no primeiro prontuário.

Documentar os levantamentos de enfermagem, os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, resultantes do cuidado oferecido.

Usar um formato padronizado, sistemático e prescrito, necessário/exigido pela instituição.

Usar formas padronizadas conforme indicado para regulamentos federais e estaduais e para reembolso.

Registrar no prontuário os levantamentos iniciais e as atividades de cuidado usando formulários/fluxogramas específicos da instituição.

Registrar todos os dados o mais rapidamente possível.

Evitar a repetição de informações nos registros.

Registrar data e hora exatas dos procedimentos ou consultas com outros provedores de cuidados de saúde.

Descrever os comportamentos do paciente com objetividade e precisão.

Documentar evidências de queixas específicas do cliente (p. ex., Medicare, seguros ou alegações litigiosas).

Documentar e relatar situações, conforme exigido por lei, em caso de abuso de adulto ou criança.

Documentar o uso de equipamento e suprimentos importantes quando apropriado.

Registrar os levantamentos contínuos quando apropriado.

Registrar a reação do paciente às intervenções de enfermagem.

Documentar que o médico foi notificado sobre mudanças no estado do paciente.

Registrar no prontuário os desvios dos resultados esperados, quando apropriado.

Registrar o uso de medidas de segurança, como colocação das laterais da cama, quando apropriado.

Registrar comportamentos específicos do paciente usando suas palavras exatas.

Registrar o envolvimento de pessoas importantes, quando apropriado.

Registrar as observações das interações familiares e do ambiente domiciliar quando apropriado.

Registrar a solução/estado dos problemas identificados.

Garantir que o registro esteja completo no momento da alta quando apropriado.

Resumir a condição do paciente ao término dos serviços de enfermagem.

Validar o registro usando a assinatura e a titulação legais.

Manter a confidencialidade dos registros.

Usar os dados documentados para garantia da qualidade e acreditação.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Brent N.J. Legalities in home care. Home care fraud & abuse: Dishonest documentation. *Home Healthcare Nurse*. 1998;16(3):196-198.

Cline A. Streamlined documentation through exceptional charting. *Nursing Management*. 1989;20(2):62-64.

Coles M.C., Fullenwider S.D. Documentation: Managing the dilemma. *Nursing Management*. 1988;19(12):65-6670. 72

Edelstein J. A study of nursing documentation. *Nursing Management*. 1990;21(11):40-43. 46

Mandell M.S. Charting: How it can keep you out of court. *Nursing Life*. 1987;7(5):46-48.

Miller P., Pastoring C. Daily nursing documentation can be quick and thorough. *Nursing Management*. 1990;21(11):47-49.

Southard P., Frankel P. Trauma care documentation: A comprehensive guide. *Journal of Emergency Nursing*. 1989;15(5):393-398.

Weber J., Kelley J.H. Validating and documenting data. In *Health assessment in nursing*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins; 2006:63-74.

Controle de DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (8820)

Definição: Trabalhar com a comunidade para reduzir e controlar a incidência e a prevalência de doenças contagiosas em uma população específica.

Atividades:

Monitorar as populações de risco quanto a adesão ao programa de prevenção e tratamento.

Monitorar a continuidade adequada das vacinações nas populações-alvo.

Providenciar vacinas às populações-alvo, conforme disponibilidade.

Monitorar a incidência da exposição a doenças transmissíveis durante surto identificado.

Monitorar medidas sanitárias.

Monitorar os fatores ambientais que influenciam a transmissão de doenças contagiosas.

Informar sobre preparo e armazenagem adequados de alimentos, se necessário.

Informar sobre o controle adequado de vetores e hospedeiros em reservatório animal, se necessário.

Informar o público a respeito da doença e das atividades associadas ao controle, se necessário.

Promover o acesso à educação de saúde adequada relativa à prevenção e tratamento de doenças transmissíveis e à prevenção de recorrência.

Melhorar os sistemas de fiscalização de doenças transmissíveis, se necessário.

Promover legislação que garanta o monitoramento e o tratamento adequados de doenças transmissíveis.

Informar as atividades às instituições apropriadas conforme exigido.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Beneson A., editor. Control of communicable diseases manual, 16th ed., Washington DC: American Public Health Association, 1995.

McEwen M. Community based nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.

Stanhope M., Lancaster J. Community health nursing: Promoting health aggregates, families and individuals, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

Controle da DOR (1400)

Definição: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.

Atividades:

Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.

Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência.

Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.

Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor.

Investigar o conhecimento do paciente e suas crenças em relação à dor.

Considerar as influências culturais sobre a resposta à dor.

Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis).

Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor.

Avaliar experiências anteriores de dor, inclusive histórico individual e familiar de dor crônica ou a incapacidade resultante, conforme apropriado.

Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas passadas utilizadas para controlar a dor.

Auxiliar o paciente e a família a buscar e obter apoio.

Utilizar um método de avaliação desenvolvido de modo adequado, que possibilite o monitoramento de alterações na dor e auxilie a identificar fatores precipitadores reais e potenciais (p. ex., fluxograma, registro em diário).

Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação do conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento da dor.

Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos.

Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p. ex., temperatura, iluminação, ruídos ambientais).

Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p. ex., medo, cansaço, monotonia e falta de informação).

Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas preferências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio da dor.

Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado.

Ensinar os princípios de controle da dor.

Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio.

Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a intervir de forma adequada.

Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p. ex., *biofeedback*, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, terapia com música, recreação, terapia ocupacional, jogo terapêutico, acupressão, aplicação de calor/frio e massagem) antes, durante e após as atividades dolorosas, quando possível; antes que a dor ocorra ou aumente, e juntamente com outras medidas de alívio da dor.

Investigar o uso atual de métodos farmacológicos de alívio da dor pelo paciente.

Orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor.

Encorajar o paciente a usar medicamento adequado para a dor.

Colaborar com o paciente, pessoa importante e outros profissionais da saúde na seleção e implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor, conforme apropriado.

Oferecer ao indivíduo um excelente alívio da dor mediante a analgesia prescrita.

Implementar o uso de analgesia controlada pelo paciente (PCA), se apropriado.

Usar medidas de controle da dor antes de seu agravamento.

Medicar o paciente antes de atividades, para aumentar sua participação, mas avaliar o risco da sedação.

Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos dolorosos.

Verificar o nível de desconforto do paciente, registrar as mudanças no prontuário e informar os demais profissionais de saúde que trabalham com o paciente.

Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua da experiência de dor.

Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente.

Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

Encorajar o paciente a conversar sobre sua experiência de dor, conforme apropriado.

Notificar o médico se as medidas não funcionarem, ou se a queixa atual consistir em uma mudança significativa na experiência anterior de dor do paciente.

Informar outros profissionais da saúde/familiares sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas pelo paciente, para encorajar abordagens preventivas no controle da dor.

Utilizar uma abordagem multidisciplinar para o controle da dor quando adequado.

Considerar encaminhamentos para o paciente, a família e pessoas importantes a grupos de apoio, além de outras medidas, conforme apropriado.

Oferecer informações precisas para promover o conhecimento da família sobre como responder à experiência da dor, assim como perceber esta resposta.

Incorporar a família ao método de alívio da dor quando possível.

Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor a intervalos específicos.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Acute Pain Management Guideline Panel. Acute pain management: Operative or medical procedures and trauma. Clinical practice guideline (AHCPR Pub. No. 92-0032). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1992.

Herr K.A., Mobily P.R. Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):347-370. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

McCaffery M., Pasero C. Pain. Clinical manual for nursing practice, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1999.

McGuire L. The nurse's role in pain relief. *MEDSURG Nursing*. 1994;3(2):94-107.

Mobily P.R., Herr K.A. Pain. In Maas M., Buckwalter K., Hardy M., Tripp-Reimer T., Titler M., Specht J., editors: *Nursing diagnosis, interventions, and outcomes for elders*, 2nd ed., Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques. St. Louis, MO: Mosby, 2000;84-101.

Rhiner M., Kedziera P., Managing breakthrough pain: A new approach. *American Journal of Nursing*. Suppl. 1999:3-12.

Titler M.G., Rakel B.A. Nonpharmacologic treatment of pain. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2001;13(2):221-232.

Victor K. Properly assessing pain in the elderly. *RN*. 2001;64(5):45-49.

Cuidados com DRENOS: torácico (1872)

Definição: Conduta com paciente com dispositivo externo impermeável de drenagem que sai da cavidade torácica.

Atividades:

Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de pneumotórax.

Garantir que todas as conexões de sondas estão firmes, bem presas e com esparadrapo.

Manter o recipiente da drenagem abaixo do nível do tórax.

Providenciar sondas suficientemente longas que permitam liberdade de movimentos, conforme apropriado.

Firmar muito bem a sonda.

Monitorar relato de raios X para a posição do tubo.

Monitorar oscilações/eliminação e vazamentos de ar da sonda torácica.

Monitorar o aparecimento de bolhas da câmara de sucção do sistema de drenagem com sonda torácica e as oscilações na câmara impermeável.

Monitorar a desobstrução da sonda torácica com leves compressões e retirada de ar.

Monitorar a crepitação em torno do local da sonda torácica.

Observar o surgimento de sinais de acúmulo de líquido intrapleural.

Observar volume, transparência, cor e consistência da drenagem que sai dos pulmões, registrando conforme apropriado.

Observar o aparecimento de sinais de infecção.

Auxiliar o paciente a tossir e a respirar profundamente e virá-lo a cada duas horas.

Higienizar ao redor do local de inserção da sonda.

Trocar o curativo em torno da sonda torácica a cada 48 a 72 horas e sempre que necessário.

Usar gaze com óleo mineral para a troca do curativo.

Garantir que o recipiente da sonda torácica/pleurovac esteja sempre na posição ereta.

Trocar o recipiente/pleurovac sempre que necessário.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Ahrens T.S. Pulmonary data acquisition. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:689-700.

Craven R.F., Hirnle C.J. Oxygenation: Respiratory function. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:809-863.

Johanson B.C., Wells S.J., Hoffmeister D., Dungca C.U. Standards for critical care, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1988.

Nelson D.M. Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):301-324. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Suddarth D. The Lippincott manual of nursing practice, 5th ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:196-198.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Cuidados com DRENOS: ventriculostomia/dreno lombar (1878)

Definição: Conduta com paciente com sistema externo de drenagem do líquido cerebrospinal.

Atividades:

Monitorar as tendências da drenagem.

Monitorar quantidade/taxa da drenagem do líquido cerebrospinal.

Monitorar as características da drenagem do líquido cerebrospinal: cor, transparência e consistência.

Registrar a drenagem do líquido cerebrospinal.

Trocar ou esvaziar a bolsa de drenagem sempre que necessário.

Administrar antibióticos.

Monitorar o local da inserção quanto a infecção.

Reforçar o curativo no local da inserção, sempre que necessário.

Conter o paciente sempre que necessário.

Explicar e reforçar as restrições à mobilidade para o paciente.

Monitorar a ocorrência de rinorreia/otorreia do líquido cerebrospinal.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Arbour R. Intracranial hypertension: Monitoring and nursing assessment. *Critical Care Nurse*. 2004;24(5):19-34.

Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),
Symposium on nursing interventions

Hichman K.M., Muwaswes M. Intracranial pressure monitoring: Review of risk factors associated with infection. *Heart & Lung*. 1990;19(1):84-90.

Hickey J.V. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.

Mayhall G., Archer N., Lamb V.A., Spadora A.C., Baggett J.W., Ward J.D., Narayan R.K. Ventriculostomy related infections. A prospective epidemiologic study.
New England Journal of Medicine. 1984;310(9):553-559.

Robinet K. Increased intracranial pressure: Management with an intraventricular catheter. *Journal of Neurosurgical Nursing*. 1985;17(2):95-104.

Prevenção do Uso de DROGAS (4500)

Definição: Prevenção de um estilo de vida com o uso de álcool ou drogas.

Atividades:

Ajudar a pessoa a tolerar níveis maiores de estresse, conforme apropriado.

Preparar o indivíduo para eventos difíceis ou dolorosos.

Reduzir estresse ambiental que cause irritação ou frustração.

Reduzir o isolamento social, conforme apropriado.

Dar apoio a medidas de regulação da venda e distribuição de álcool a menores de idade.

Fazer *lobby* para aumento da idade para beber.

Recomendar mudanças responsáveis no currículo sobre álcool e drogas para as séries do ensino fundamental.

Realizar programas em escolas sobre como evitar drogas e álcool como atividades recreativas.

Encorajar a tomada responsável de decisão sobre opções de estilo de vida.

Recomendar campanhas na mídia sobre questões de uso de substâncias na comunidade.

Orientar os pais sobre a importância do exemplo no uso de substâncias.

Orientar os pais e os professores sobre como identificar sinais e sintomas de vício.

Ajudar as pessoas a identificar estratégias de substituição-redução de tensão.

Oferecer apoio ou organizar grupos na comunidade para redução de lesões associadas ao álcool, como o SADD (Students Against Destructive Decisions/Estudantes Contra Decisões Destrutivas) e o MADD (Mothers Against Drunk Driving/Mães Contrárias à Direção Alcoolizada).

Fazer levantamentos com alunos das séries do nível Fundamental sobre o uso de álcool e drogas e comportamentos associados ao álcool.

Orientar os pais para apoiarem políticas escolares que proíbam consumo de álcool e drogas em atividades extracurriculares.

Ajudar a organizar pós-atividades para adolescentes após eventos como formatura e outros eventos em instituições de ensino.

Facilitar a coordenação de esforços entre vários grupos da comunidade preocupados com o uso de substâncias.

Encorajar os pais a participarem das atividades dos filhos da pré-escola à adolescência.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Faltz B.G., Wing R.V. Substance use disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:524-564.

Hagemaster J. Substance use prevention. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:482-490.

Hahn E.J. Predicting head start parent involvement in an alcohol and other drug prevention program. *Nursing Research*. 1995;44(1):45-51.

Solari-Twadell P.A. Recreational drugs: Societal and professional issues. *Nursing Clinics of North America*. 1991;26(2):499-509.

Tratamento do Uso de DROGAS (4510)

Definição: Cuidados de apoio a paciente/familiares com problemas físicos e psicossociais associados ao uso de álcool ou drogas.

Atividades:

Estabelecer uma relação terapêutica com o paciente.

Identificar com o paciente os fatores (p. ex., genéticos, sofrimento psicológico e estresse) que contribuem para a dependência química.

Encorajar o paciente a assumir o controle do próprio comportamento.

Ajudar o paciente/família a identificar o uso da negação como substituto ao confronto do problema.

Ajudar os familiares a reconhecerem que a dependência química é uma doença da família.

Determinar a(s) substância(s) usada(s).

Discutir com o paciente o impacto do uso da substância na condição médica ou na saúde geral.

Discutir com o paciente o efeito das associações de outros usuários durante momentos de lazer ou horário de trabalho.

Determinar o histórico do uso de drogas/álcool.

Ajudar o paciente a identificar os efeitos negativos da dependência química na saúde, na família e no funcionamento diário.

Orientar o paciente/família no sentido de que o volume/frequência do uso da substância que leva à dependência varia muito de pessoa para pessoa.

Discutir o efeito do uso de substância nas relações com a família, os colegas de trabalho e os amigos.

Identificar metas construtivas com o paciente para oferecer alternativas ao uso de substâncias de redução do estresse.

Ajudar o paciente a determinar se a moderação é uma meta aceitável, levando em conta o estado de saúde.

Facilitar o apoio das pessoas significativas.

Oferecer apoio à família ou a pessoas significativas, conforme apropriado.

Fixar limites que beneficiem o paciente e mostrem cuidados.

Fazer triagem do paciente a intervalos frequentes quanto à manutenção do uso de substâncias, através de exames de urina ou análise do hálito, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a manter registro detalhado do uso da substância para avaliar seu progresso.

Ajudar o paciente a avaliar a quantidade de tempo gasto usando a substância e os padrões usuais no dia.

Ajudar o paciente a escolher uma atividade alternativa que seja incompatível com a substância abusada.

Ajudar o paciente a aprender métodos alternativos de enfrentamento do estresse ou do sofrimento emocional.

Determinar se existem relações de codependência na família.

Identificar grupos de apoio na comunidade para tratamento de abuso de substância de longa data.

Orientar o paciente e a família sobre os fármacos usados no tratamento de substâncias específicas usadas.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Chychula N.M., Okore C. The cocaine epidemic: Treatment options for cocaine dependence. *Nurse Practitioner*. 1990;15(8):33-40.

Faltz B.G., Wing R.V. Substance use disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:524-564.

Kinney J. Clinical manual of substance abuse, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Starling B.P., Martin A.C. Adult survivors of parental alcoholism: Implications for primary care. *Nurse Practitioner*. 1990;15(7):16-24.

Tratamento do Uso de DROGAS: abstinência (4514)

Definição: Cuidado do paciente que passa por desintoxicação devido a drogas.

Atividades:

Oferecer controle dos sintomas durante o período de desintoxicação.

Determinar o histórico do uso da substância.

Discutir com o paciente o papel das drogas em sua vida.

Ajudar o paciente a reconhecer que as drogas constituem um meio de dar a ele a sensação de assertividade, autoestima aumentada e tolerância a frustrações.

Ajudar o paciente a identificar outras formas de aliviar frustrações e aumentar a autoestima.

Monitorar a ocorrência de paranoia e hesitação em confiar nos outros durante a desintoxicação.

Encorajar a autorrevelação.

Monitorar a ocorrência de distorções da imagem corporal e anorexia.

Providenciar uma nutrição adequada.

Monitorar a ocorrência de hipertensão e taquicardia.

Monitorar o surgimento de depressão e/ou tendências suicidas.

Medicar para aliviar sintomas durante a suspensão, conforme apropriado.

Encorajar exercício para estimular a liberação de endorfinas.

Encorajar o envolvimento em grupo de apoio, como Narcóticos Anônimos.

Facilitar o apoio da família.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Acece A.M., Smith D. Crack. *American Journal of Nursing*. 1987;87(5):614-617.

Faltz B.G., Wing R.V. Substance use disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:524-564.

Nuckols C.C., Greeson J. Cocaine addiction: Assessment and intervention. *Nursing Clinics of North America*. 1989;24(1):33-43.

Stuart G.W., Jefferson L.V. Chemically mediated responses and substance-related disorders. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:473-516.

Varcarolis E.M. *Psychiatric nursing clinical guide*. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000;255-288.

Tratamento do Uso de DROGAS: abstinência de álcool (4512)

Definição: Cuidado do paciente que passa pela suspensão repentina de consumo de álcool.

Atividades:

Criar ambiente com baixa estimulação para a desintoxicação.

Monitorar os sinais vitais durante a suspensão.

Monitorar a ocorrência de *delirium tremens*.

Administrar anticonvulsivos ou sedativos, conforme apropriado.

Medicar para aliviar desconforto físico se necessário.

Aproximar-se do comportamento abusivo do paciente de forma neutra.

Tratar as alucinações de forma terapêutica.

Manter ingestão adequada de nutrientes e líquidos.

Administrar terapia vitamínica conforme apropriado.

Monitorar o consumo escondido de álcool durante a desintoxicação.

Escutar as preocupações do paciente sobre a suspensão do álcool.

Dar apoio emocional ao paciente/família, conforme apropriado.

Oferecer tranquilidade por meio da palavra, conforme apropriado.

Providenciar orientação para a realidade, conforme apropriado.

Tranquilizar o paciente de que depressão e cansaço costumam ocorrer durante a suspensão.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Faltz B.G., Wing R.V. Substance use disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:524-564.

Joyce C. The woman alcoholic. *American Journal of Nursing*. 1989;89(10):1314-1316.

Powell A.F., Minick M.P. Alcohol withdrawal syndrome. *American Journal of Nursing*. 1988;88(3):312-315.

Stuart G.W., Jefferson L.V. Chemically mediated responses and substance-related disorders. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:473-516.

Tratamento do Uso de DROGAS: overdose (4516)

Definição: Monitoramento, tratamento e suporte emocional a paciente que ingere drogas prescritas ou não prescritas além da variação terapêutica.

Atividades:

Facilitar a coleta de exames toxicológicos de sangue, urina e conteúdos gástricos.

Identificar quantidade e tipo de droga, ou sua combinação, ingerida e o momento da ingestão, quando possível.

Determinar se foi também ingerido álcool.

Monitorar o estado respiratório, cardíaco e neurológico.

Induzir o vômito no paciente consciente somente após descarte de substância ácida ou básica forte.

Fazer uma lavagem com salina normal, usando sonda gástrica de grande calibre, conforme apropriado.

Administrar *ipecac*, conforme apropriado.

Administrar carvão ativado, quando desconhecida a substância, conforme apropriado.

Administrar antídotos específicos para as drogas, quando conhecida a droga utilizada.

Monitorar os níveis de líquidos e eletrólitos, exames da função hepática, contagens sanguíneas e níveis de gases do sangue arterial.

Monitorar a ocorrência de retenção de urina e/ou insuficiência renal.

Monitorar a ocorrência de convulsões, ataques e depressão ou estimulação do sistema nervoso central.

Oferecer apoio emocional ao paciente e à família.

Dar apoio sem julgar ao paciente consciente.

Facilitar a expressão verbal do incidente.

Identificar se algum evento traumático de vida está associado à *overdose*.

Monitorar se permanecerem tendências suicidas.

Encorajar o apoio da família ao paciente.

Monitorar a capacidade do paciente para verbalizar os sentimentos.

Monitorar a capacidade de lidar com emoções fortes, como raiva ou remorso.

Investigar mecanismos construtivos de liberação.

Investigar os sentimentos do paciente sobre consultar um psiquiatra.

Facilitar o aconselhamento de acompanhamento diante de confirmação do diagnóstico de *overdose*.

Facilitar a baixa a centro de tratamento da dependência química, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Cooper K.L. Drug overdose. *American Journal of Nursing*. 1989;89(9):1146-1148.

Faltz B.G., Wing R.V. Substance use disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:524-564.

Johanson B.C., Wells S.J., Hoffmeister D., Dungca C.U. Standards for critical care, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1988.

Stuart G.W., Jefferson L.V. Chemically mediated responses and substance-related disorders. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:473-516.

E

Controle de ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT) (2570)

Definição: Assistência com oferecimento seguro e eficiente de eletroconvulsoterapia (ECT) no tratamento de doença psiquiátrica.

Atividades:

Encorajar o paciente (e pessoas importantes, conforme apropriado) a expressar os sentimentos a respeito do futuro tratamento de ECT.

Orientar o paciente e/ou pessoas importantes sobre o tratamento.

Oferecer apoio emocional ao paciente e/ou pessoas importantes, se necessário.

Garantir que o paciente (ou representante legal se o paciente for incapaz de dar seu consentimento informado) tenha entendido, de forma correta, a ECT, quando o médico pedir a assinatura no formulário de consentimento informado para administração dos tratamentos de ECT.

Confirmar a existência de uma prescrição escrita e o formulário de consentimento assinado para o tratamento de ECT.

Registrar altura e peso do paciente no prontuário médico.

Interromper ou reduzir, progressivamente, os medicamentos contraindicados em caso de ECT, conforme prescrição médica.

Revisar as orientações sobre medicamentos com paciente ambulatorial que receberá ECT.

Informar o médico sobre quaisquer anormalidades laboratoriais relativas ao paciente.

Garantir que o paciente que esteja recebendo a ECT tenha aderido ao regime NPO e às instruções sobre medicamentos, conforme as prescrições médicas.

Auxiliar o paciente a usar roupas mais folgadas e adequadas (*i.e.*, de preferência, pijama hospitalar) que possam ser abertas na frente, possibilitando a colocação do equipamento de monitoramento.

Fazer o preparo pré-operatório de rotina (p. ex., remover dentaduras, joias, óculos, lentes de contato, verificar sinais vitais, levar o paciente a urinar).

Garantir que os cabelos do paciente estejam limpos, secos e sem adornos no preparo para a colocação dos eletrodos.

Obter dados da glicose do sangue em jejum, antes e após o procedimento, no caso de pacientes com diabetes dependente de insulina.

Garantir que o paciente esteja usando a pulseira de identificação.

Administrar medicamentos antes e durante o tratamento, conforme prescrições médicas.

Documentar as especificidades do preparo pré-tratamento.

Comunicar verbalmente sinais vitais incomuns, queixas/sintomas físicos, ou ocorrências incomuns ao enfermeiro da ECT

ou ao psiquiatra da ECT antes do tratamento.

Auxiliar a equipe de tratamento a colocar as derivações para os vários monitores (p. ex., EEG, ECG) e a monitorar o equipamento (p. ex., oxímetro de pulso, manguito da pressão sanguínea, estimulador de nervos periféricos) usado no paciente.

Colocar bloqueador de mordidas na boca do paciente e apoiar o queixo para permitir a desobstrução das vias aéreas durante a transmissão do estímulo elétrico.

Documentar o tempo transcorrido, além do tipo e da quantidade de movimentos durante a convulsão.

Documentar dados relativos ao tratamento (p. ex., medicamentos administrados, reação do paciente).

Posicionar o paciente inconsciente de lado na maca, com as grades laterais da maca erguidas.

Realizar as avaliações pós-operatórias de rotina (p. ex., sinais vitais, estado mental, oxímetro de pulso, ECG).

Administrar oxigênio, se prescrito.

Aspirar as secreções orofaríngeas, se necessário.

Administrar soluções endovenosas, se prescrito.

Oferecer cuidado de apoio e controle do comportamento para desorientação e agitação pós-ictal.

Avisar o anestesista ou o psiquiatra da ECT quando o paciente estiver desestabilizado ou com dificuldade para se recuperar conforme a expectativa.

Documentar os cuidados oferecidos e a reação do paciente.

Observar o paciente na área de recuperação até estar completamente acordado, orientado no tempo e espaço e capaz de realizar as atividades de autocuidado com independência.

Auxiliar o paciente, quando alerta de forma adequada, orientado e fisicamente estável, a retornar à unidade de enfermagem a paciente internado, ou a outra área de recuperação.

Fornecer à equipe de enfermagem que recebe o paciente após a ECT um relatório do tratamento e da reação do paciente ao tratamento.

Determinar o nível de observação necessário pelo paciente ao retornar à unidade ou à área de recuperação.

Propiciar o nível de observação necessário na unidade de enfermagem de pacientes internados ou na área de recuperação.

Instituir precauções contra quedas, conforme necessário.

Observar o paciente na primeira vez em que tentar deambular sozinho para garantir o retorno do controle muscular completo, uma vez que ele recebeu um relaxante muscular durante o tratamento ECT.

Garantir que o reflexo de regurgitação do paciente tenha retornado antes de oferecer medicação oral, alimentos ou líquidos.

Monitorar o paciente em relação a efeitos colaterais potenciais da ECT (p. ex., incômodos musculares, dor de cabeça, náusea, confusão, desorientação).

Administrar medicamentos (p. ex., analgésicos, antieméticos), conforme prescrição, para tratamento dos efeitos colaterais.

Tratar a desorientação, limitando estímulos ambientais e, com frequência, reorientação do paciente.

Estimular o paciente a verbalizar sentimentos sobre a experiência com a ECT.

Lembrar paciente com amnésia que ele passou por tratamento com ECT.

Oferecer apoio emocional ao paciente, se necessário.

Reforçar o ensino sobre a ECT com o paciente e as pessoas importantes, conforme apropriado.

Atualizar as pessoas importantes sobre o estado do paciente, conforme apropriado.

Dar alta a paciente ambulatorial que fez ECT, confiando-o ao adulto responsável, quando o paciente, de forma adequada, se recuperou do tratamento, conforme o protocolo da instituição.

Colaborar com a equipe de tratamento para avaliar a eficácia da ECT (p. ex., humor, cognição) e modificar o plano de tratamento do paciente, se necessário.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

American Psychiatric Association, The practice of electroconvulsive therapy. Recommendations for treatment, training, and privileging. *A task force report of the American Psychiatric Association*. 2nd ed. Washington, DC: Author; 2001.

Frisch N.C. Complementary and somatic therapies. In: Frisch N.C., Frisch L.E., editors. *Psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Clifton Park, NY: Delmar; 2001:743-757.

Scott C.M. Mood disorders. In: Carson V.B., editor. *Mental health nursing. The nurse-patient journey*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000:679-720.

Sherr J. Psychopharmacology and other biologic therapies. In: Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A., editors. *Psychiatric mental health nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 2000:536-571.

Stuart G. Somatic therapies. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1998:604-617.

Townsend M.C. Psychiatric mental health nursing. Concepts of care, 3rd ed., Philadelphia: F.A. Davis; 2000:283-290.

University of Iowa Hospital & Clinics. Department of Nursing. (2001). *Electroconvulsive therapy—Pre-treatment*. Behavioral Health Service (BHS)-Psychiatric Section II (7-10, 12).

Controle de ELETRÓLITOS (2000)

Definição: Promoção do equilíbrio eletrolítico e prevenção de complicações resultantes de níveis de eletrólitos séricos anormais ou indesejados.

Atividades:

Monitorar níveis anormais de eletrólitos séricos, se possível.

Monitorar a ocorrência de manifestações de desequilíbrio eletrolítico.

Manter acesso endovenoso desobstruído.

Administrar líquidos conforme a prescrição, se adequado.

Manter registro preciso da ingestão e da eliminação.

Manter solução intravenosa com eletrólito(s) num gotejamento constante, conforme apropriado.

Administrar eletrólitos suplementares (p. ex., via oral, nasogástrica e intravenosa), conforme prescrito e, se apropriado.

Consultar o médico sobre a administração de medicamentos poupadores de eletrólitos (p. ex., espironolactona), conforme prescrição, se apropriado.

Obter amostras prescritas para análise laboratorial dos níveis de eletrólitos (p. ex., gasometria arterial, urina e níveis séricos), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de perda de líquidos ricos em eletrólitos (p. ex., aspiração nasogástrica, drenagem de ileostomia, diarreia, drenagem de ferida e sudorese).

Instituir medidas de controle de perda excessiva de eletrólitos (p. ex., por meio de controle intestinal, troca do tipo de diurético ou administração de antipiréticos), conforme apropriado.

Irrigar as sondas nasogástricas com solução fisiológica.

Minimizar a quantidade de lascas de gelo ou ingestão oral consumida pelo paciente com sondas gástricas conectadas à sucção.

Oferecer uma dieta adequada ao desequilíbrio eletrolítico do paciente (p. ex., alimentos ricos em potássio, pobres em sódio e pobres em carboidratos).

Orientar o paciente e/ou familiares sobre as modificações específicas na dieta, conforme apropriado.

Proporcionar um ambiente seguro a paciente com manifestações neurológicas e/ou neuromusculares de desequilíbrio eletrolítico.

Promover a orientação.

Ensinar o paciente e a família a respeito do tipo, da causa e dos tratamentos para desequilíbrio eletrolítico, conforme apropriado.

Consultar o médico quando sinais e sintomas de desequilíbrio hídrico e/ou eletrolítico persistirem ou piorarem.

Monitorar a resposta do paciente à terapia eletrolítica prescrita.

Monitorar a ocorrência de efeitos secundários dos eletrólitos suplementares prescritos (p. ex., irritação gastrointestinal).

Monitorar atentamente os níveis séricos de potássio de pacientes que usam digitálicos e diuréticos.

Colocar em monitor cardíaco, conforme apropriado.

Tratar as arritmias cardíacas, conforme a política da instituição.

Preparar o paciente para diálise (p. ex., auxiliar na colocação do cateter para a diálise), conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Banker D., Whittier G.C., Rutecki G. Acid-base disturbances: 5 rules that can simplify diagnosis. *Consultant*. 2003;43(3):381-384. 399-400

McCance K.L., Huether S.E. Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Price S.A., Wilson L.M. Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2003.

Definição: Promoção do equilíbrio de cálcio e prevenção de complicações que resultam de níveis séricos de cálcio superiores aos desejados.

Atividades:

Monitorar as tendências nos níveis séricos de cálcio (p. ex., cálcio ionizado) em populações de risco (p. ex., pacientes com doenças malignas, hiperparatireoidismo, imobilização prolongada em fraturas múltiplas ou graves ou lesões na medula espinhal).

Calcular a concentração da fração ionizada de cálcio quando são informados apenas os níveis totais de cálcio (p. ex., usar as fórmulas adequadas e a albumina sérica).

Monitorar os pacientes que recebem terapias medicamentosas que contribuam para o aumento contínuo do cálcio (p. ex., diuréticos tiazida, síndrome alcalina do leite em pacientes com úlcera péptica, intoxicação por vitaminas A e D, lítio).

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia e creatinina).

Monitorar a toxicidade pelo digitálico (p. ex., informar níveis séricos acima da variação terapêutica, monitorar a frequência e o ritmo cardíacos antes de administrar a dose e monitorar os efeitos secundários).

Observar ocorrência de manifestações clínicas de hipercalcemia (p. ex., ato urinário excessivo, sede excessiva, fraqueza muscular, coordenação insatisfatória, anorexia, náusea intratável [sinal tardio], câibras abdominais, constipação [sinal tardio], confusão).

Monitorar a ocorrência de manifestações psicossociais de hipercalcemia (p. ex., confusão, memória prejudicada, fala arrastada, letargia, comportamento psicótico agudo, coma, depressão e mudanças de personalidade).

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hipercalcemia (p. ex., disritmias, intervalo PR prolongado, encurtamento do intervalo QT e dos segmentos ST, onda T em forma de cone, bradicardia sinusal, bloqueios cardíacos, hipertensão e parada cardíaca).

Monitorar a ocorrência de manifestações gastrointestinais de hipercalcemia (p. ex., anorexia, náusea, vômito, constipação, sintomas de úlcera péptica, dor abdominal, distensão abdominal, íleo paralítico).

Monitorar a ocorrência de manifestações neuromusculares de hipercalcemia (p. ex., fraqueza, mal-estar, parestesias, mialgia, cefaleia, hipotonia, redução profunda de reflexos tendinosos e coordenação deficiente).

Monitorar a ocorrência de dor nos ossos.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à hipercalcemia (p. ex., hipo ou hiperfosfatemia, acidose hiperclorêmica e hipocalcemia decorrente de diurese), conforme apropriado.

Proporcionar terapias para promover a excreção renal de cálcio e limitar mais acúmulo de cálcio em excesso (p. ex., hidratação hídrica EV com solução fisiológica e diuréticos, mobilização do paciente, limitação da ingestão de cálcio), conforme apropriado.

Administrar os medicamentos prescritos para reduzir os níveis ionizados de cálcio sérico (p. ex., calcitonina, indometacina, pílcamicina, fosfato, bicarbonato de sódio e glicocorticoides), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de reações alérgicas sistêmicas à calcitonina.

Monitorar a ocorrência de sobrecarga hídrica resultante de terapia de hidratação (p. ex., pesagem diária, eliminação

urinária, distensão da veia jugular, sons pulmonares e pressão arterial direita), conforme apropriado.

Evitar a administração de vitamina D (p. ex., calcifediol ou ergocalciferol), que facilita a absorção gastrointestinal do cálcio, conforme apropriado.

Desencorajar a ingestão de cálcio (p. ex., derivados lácteos, frutos do mar, frutas como as nozes, castanhas e outras, brócolis, espinafre e suplementos), conforme apropriado.

Evitar medicamentos que previnem a excreção renal do cálcio (p. ex., carbonato de lítio e diuréticos tiazídicos), conforme apropriado.

Monitorar o surgimento de indícios de formação de pedras nos rins (p. ex., dor intermitente, náusea, vômito e hematuria), resultante de acúmulo de cálcio, conforme apropriado.

Estimular uma dieta rica em frutas (p. ex., amoras, ameixas secas e ameixas naturais) para aumentar a acidez urinária e reduzir o risco de formação de cálculos de cálcio, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de causas de aumento dos níveis de cálcio (p. ex., indicações de desidratação grave e insuficiência renal), conforme apropriado.

Encorajar a mobilização para prevenir reabsorção óssea.

Orientar o paciente e/ou a família sobre medicamentos a serem evitados na hipercalcemia (p. ex., alguns antiácidos).

Orientar o paciente e/ou a família sobre medidas instituídas para o tratamento da hipercalcemia.

Monitorar a ocorrência de hipocalcemia de rebote em consequência de tratamento agressivo para hipercalcemia.

Monitorar para evitar hipercalcemia recorrentes, entre um e três dias após o término das medidas terapêuticas.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. ACLS Provider Manual. Dallas, TX: Author, 2002.

American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.

Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Controle de ELETRÓLITOS: hipercalemia (2002)

Definição: Promoção do equilíbrio de potássio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de potássio superiores aos desejados.

Atividades:

Conseguir amostras para análise laboratorial dos níveis de potássio e desequilíbrios eletrolíticos associados (p. ex., gasometria arterial, urina, níveis séricos), conforme apropriado.

Evitar falsos relatos de hipercalemia resultante de método impróprio de coleta (p. ex., uso prolongado de torniquetes durante acesso venoso, exercício incomum de extremidade antes do acesso venoso, atraso na entrega da amostra ao laboratório).

Verificar todas as elevações muito anormais de potássio.

Monitorar a(s) causa(s) do aumento dos níveis séricos de potássio (p. ex., insuficiência renal, ingestão excessiva e acidose), conforme apropriado.

Monitorar as manifestações neurológicas de hipercalemia (p. ex., fraqueza muscular, sensação reduzida, hiporreflexia e parestesias).

Monitorar manifestações cardíacas de hipercalemia (p. ex., débito cardíaco diminuído, bloqueios cardíacos, ondas T com picos, fibrilação ou assistolia).

Monitorar manifestações gastrointestinais de hipercalemia (p. ex., náusea, cólica intestinal).

Monitorar a ocorrência de hipercalemia associada a uma reação do sangue, conforme apropriado.

Monitorar os valores laboratoriais em relação a mudanças na oxigenação e no equilíbrio ácido-básico, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de sintomas de oxigenação tissular inadequada (p. ex., palidez, cianose e enchimento capilar lento).

Administrar resinas aglutinadoras de eletrólitos e excretoras (p. ex., sulfonato de poliestireno sódico), como prescrito e conforme apropriado.

Administrar os medicamentos receitados para mudar o potássio para o interior das células (p. ex., dextrose a 50% e insulina, bicarbonato de sódio, cloreto de cálcio e gluconato de cálcio), conforme apropriado.

Inserir cateter retal para administração de resinas que trocam cátions ou aglutinadoras (p. ex., sulfonato de poliestireno sódico pelo reto), conforme apropriado.

Manter as restrições ao potássio.

Manter acesso IV.

Administrar os diuréticos prescritos, conforme apropriado.

Evitar diuréticos poupadores de potássio (p. ex., espironolactona e triantereno), conforme apropriado.

Monitorar o efeito terapêutico do diurético (p. ex., aumento da eliminação urinária, pressão venosa central e pressão pulmonar capilar reduzidas e diminuição de sons pulmonares adventícios).

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia e creatinina) conforme apropriado.

Monitorar a condição hídrica (p. ex., ingestão e eliminação, peso, sons respiratórios adventícios, falta de fôlego), conforme apropriado.

Inserir cateter urinário se apropriado.

Preparar o paciente para diálise (p. ex., auxiliar na colocação do cateter para diálise), conforme apropriado.

Monitorar a reação hemodinâmica do paciente à diálise, conforme apropriado.

Monitorar o volume que foi infundido e o que retornou do dialisado peritoneal, conforme apropriado.

Encorajar a adesão aos regimes alimentares (p. ex., evitar alimentos ricos em potássio, atender às necessidades alimentares com substitutos do sal e alimentos pobres em potássio), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de toxicidade pelo digitálico (p. ex., informar níveis séricos acima da variação terapêutica, monitorar a frequência e o ritmo cardíacos antes da administração da dose e monitorar ocorrência de efeitos secundários), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de ingestão inadvertida de potássio (p. ex., penicilina G potássica ou potássio nos alimentos), conforme apropriado.

Monitorar os níveis de potássio após as intervenções terapêuticas (p. ex., diurese, diálise, resinas aglutinadoras de eletrólitos e excretoras de eletrólitos).

Monitorar a ocorrência de hipocalemia de rebote (p. ex., diurese excessiva, uso excessivo de resinas que trocam cátions e pós-diálise).

Monitorar a ocorrência de instabilidade cardíaca e/ou parada cardíaca e estar preparado para instituir ACLS (*advanced cardiac life support*, suporte cardíaco avançado a vida), conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a justificativa de uso da terapia diurética.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre as medidas instituídas para tratamento da hipercalemia.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. ACLS provider manual. Dallas, TX: Author, 2002.

American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.

Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Controle de ELETRÓLITOS: hipermagnesemia (2003)

Definição: Promoção do equilíbrio de magnésio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de magnésio superiores aos desejados.

Atividades:

Conseguir amostras para análise laboratorial do nível de magnésio, conforme apropriado.

Monitorar as tendências nos níveis de magnésio, se possível.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à hipermagnesemia (p. ex., níveis elevados de ureia e creatinina), conforme apropriado.

Investigar a ingestão de alimentos e medicamentos com magnésio.

Monitorar a ocorrência de causas de aumento dos níveis de magnésio (p. ex., infusões com magnésio, nutrição parenteral, soluções de dialisados ricos em magnésio, antiácidos, laxantes e enemas frequentes com sulfato de magnésio, terapia com lítio, insuficiência ou falência renal).

Monitorar a ocorrência de causas de excreção prejudicada de magnésio (p. ex., insuficiência renal, idade avançada).

Monitorar a eliminação urinária em pacientes em terapia com magnésio.

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hipermagnesemia (p. ex., hipotensão, rubor, bradicardia, bloqueios cardíacos, QRS ampliado, QT prolongado e ondas T com picos).

Monitorar a ocorrência de manifestações de hipermagnesemia do sistema nervoso central (p. ex., tontura, letargia, confusão e coma).

Monitorar a ocorrência de manifestações neuromusculares de hipermagnesemia (p. ex., reflexos tendinosos profundos de fracos a ausentes, paralisia muscular e depressão respiratória).

Administrar cloreto de cálcio ou gluconato de cálcio intravenoso (IV) prescrito para antagonizar os efeitos neuromusculares da hipermagnesemia, conforme apropriado.

Aumentar a ingestão hídrica para promover a diluição dos níveis séricos de magnésio e a eliminação urinária, conforme indicação.

Manter repouso no leito e limitar as atividades, conforme apropriado.

Posicionar o paciente para facilitar a ventilação, conforme indicado.

Preparar o paciente para diálise (p. ex., auxiliar na colocação do cateter para diálise), conforme indicação.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre as medidas instituídas para tratar a hipermagnesemia.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Luckey A., Parsa C. Fluid and electrolytes in the aged. *Archives of Surgery*. 2003;138(10):1055-1060.

Metheny N.M. Fluid and electrolyte balance nursing considerations, 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 2000.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Fopk J.M., Murray P.T. Hypomagnesemia and hypermagnesemia. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*. 2003;4:195-206.

Controle de ELETRÓLITOS: hipernatremia (2004)

Definição: Promoção do equilíbrio de sódio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de sódio superiores aos desejados.

Atividades:

Monitorar as tendências nos níveis séricos de sódio em populações de risco (p. ex., pacientes inconscientes, pacientes muito idosos ou muito jovens, pacientes com prejuízos cognitivos, pacientes que recebem infusões hipertônicas)

intravenosas).

Monitorar com atenção os níveis de sódio em paciente que apresenta condições de efeitos cada vez mais numerosos relativos aos níveis de sódio (p. ex., diabetes insípido, deficiência do hormônio antidiurético, insolação, quase afogamento no mar, diálise).

Monitorar a ocorrência de manifestações neurológicas ou musculoesqueléticas de hiponatremia (p. ex., inquietação, irritabilidade, fraqueza, desorientação, alucinações, aumento do tônus muscular ou rigidez, tremores e hiperreflexia, convulsões, coma [sinal tardio]).

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hiponatremia (p. ex., hipotensão ortostática, pele ruborizada, edema periférico e pulmonar, elevações leves da temperatura corporal, taquicardia, veias do pescoço não salientes).

Monitorar a ocorrência de manifestações gastrointestinais de hiponatremia (p. ex., língua ressecada e edemaciada e mucosas pegajosas).

Obter amostras adequadas para análise laboratorial de níveis de sódio alterados (p. ex., sódio sérico e urinário, cloreto sérico e urinário, osmolalidade urinária e gravidade específica da urina).

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados a hipernatremia (p. ex., hipercloremia e hiperglicemia), conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de indicadores de desidratação (p. ex., diminuição da transpiração, urina diminuída, turgor da pele diminuído e mucosas ressecadas).

Monitorar a ocorrência de perda hídrica insensível (p. ex., sudorese e infecção respiratória).

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Pesar diariamente e monitorar as tendências.

Manter acesso IV desobstruído.

Oferecer líquidos com regularidade a pacientes debilitados.

Administrar a ingestão correta de água para pacientes em terapia alimentar enteral.

Colaborar com vias alternativas de ingestão, quando a ingestão oral não for apropriada.

Administrar solução salina isotônica (0,9%), salina hipotônica (0,45% ou 0,3%), dextrose hipotônica (5%), ou diuréticos, com base na condição hídrica e na osmolalidade urinária.

Administrar os agentes antidiuréticos prescritos (p. ex., desmopresina [DDVAP], ou vasopressina na presença de diabetes insípido).

Evitar administração/ingestão de medicamentos ricos em sódio (p. ex., sulfonato de poliestireno sódico, bicarbonato de sódio, solução salina hipertônica).

Manter as restrições sódicas, inclusive monitoramento de medicamentos com alto teor de sódio.

Administrar os diuréticos prescritos, juntamente com líquidos hipertônicos, para hipernatremia associada à hipervolemia.

Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais resultantes de correções rápidas ou excessivas da hipernatremia (p. ex., edema cerebral e convulsões).

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia e creatinina) conforme apropriado.

Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive pressão venosa central, pressão arterial média, pressão capilar pulmonar, se disponível.

Oferecer higiene oral frequente.

Oferecer medidas de conforto para reduzir a sede.

Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco para ruptura, alterar com frequência os locais de pressão, evitar cisalhamento e promover uma nutrição adequada), conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre uso adequado de substitutos do sal, conforme apropriado.

Orientar o paciente/família sobre alimentos e medicamentos sem receita médica, ricos em sódio (p. ex., enlatados e determinados antiácidos).

Instituir precauções contra convulsões se indicadas em casos graves de hipernatremia.

Orientar o paciente e/ou família sobre as medidas instituídas para tratamento da hipernatremia.

Orientar a família ou as pessoas importantes sobre sinais e sintomas de hipovolemia (quando a hipernatremia tiver relação com uma ingestão ou eliminação anormal de líquidos).

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. ACLS provider manual. Dallas, TX: Author, 2002.

American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.

Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Controle de ELETRÓLITOS: hiperfosfatemia (2005)

Definição: Promoção do equilíbrio de fosfato e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de fosfato superiores aos desejados.

Atividades:

Monitorar as tendências nos níveis séricos de fósforo (p. ex., fósforo inorgânico) em populações de risco (p. ex., pacientes em quimioterapia, pacientes que ingerem muito fosfato, pacientes que ingerem muita vitamina D).

Monitorar atentamente os níveis de fosfato em paciente com condições de aumento dos efeitos relativos aos níveis de fosfato (p. ex., insuficiência renal aguda e crônica, hipoparatiroidismo, cetoacidose diabética, acidose respiratória, necrose muscular profunda, rabdomiólise).

Obter amostras para análise laboratorial de níveis de fosfato e níveis associados de eletrólitos (p. ex., gasometria arterial,

urina e níveis séricos), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à hiperfosfatemia.

Monitorar a ocorrência de manifestações de hiperfosfatemia (p. ex., sensações de formigamento na ponta dos dedos das mãos e em torno da boca, anorexia, náusea, vômito, fraqueza muscular, hiperreflexia, tetania, taquicardia).

Monitorar a ocorrência de sintomas de tecidos moles, articulações e calcificações nas artérias (p. ex., redução da eliminação urinária, visão prejudicada, palpitações).

Administrar os medicamentos aglutinadores de fosfato e diuréticos prescritos com os alimentos para reduzir a absorção de fósforo alimentar.

Oferecer medidas de conforto relativas aos efeitos gastrointestinais da hiperfosfatemia.

Evitar constipação decorrente de medicamentos aglutinadores de fosfato.

Evitar laxantes e enemas que contenham fosfato.

Administrar os suplementos prescritos de cálcio e vitamina D para reduzir os níveis de fosfato.

Evitar alimentos ricos em fosfato (p. ex., derivados do leite, cereais com grãos integrais, castanhas, frutas ou verduras secas e carnes orgânicas).

Preparar o paciente para diálise (p. ex., auxiliar na colocação de cateter para diálise), conforme apropriado.

Instituir precauções contra convulsões.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre as medidas instituídas para tratamento da hiperfosfatemia.

Instruir o paciente e/ou familiares sobre os sinais e os sintomas de hipocalcemia iminente (p. ex., mudanças na eliminação urinária).

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. ACLS provider manual. Dallas, TX: Author, 2002.

American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.

Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Controle de ELETRÓLITOS: hipocalcemia (2006)

Definição: Promoção do equilíbrio de cálcio e prevenção de complicações decorrentes de níveis séricos de cálcio abaixo dos desejados.

Atividades:

Monitorar as tendências nos níveis séricos do cálcio (p. ex., cálcio ionizado) em populações de risco (p. ex., hipoparatiroidismo primário ou induzido cirurgicamente, dissecação radical de pescoço [especialmente nas primeiras 24 a 48 horas pós-operatórias] qualquer cirurgia de tireoide ou paratiroide, pacientes que recebem transfusões volumosas de sangue citrado, *bypass* cardiopulmonar).

Monitorar atentamente os níveis de cálcio no paciente que apresenta condições com efeitos de níveis de cálcio depletados (p. ex., osteoporose, pancreatite, insuficiência renal, consumo inadequado de vitamina D, hemodiluição, diarreia crônica, doença do intestino delgado, câncer medular de tireoide, albumina sérica baixa, abuso de álcool, disfunção renal tubular, queimaduras ou infecções graves, repouso prolongado ao leito).

Calcular a concentração da fração do cálcio ionizado quando forem apenas informados os níveis de cálcio total (p. ex., uso de albumina sérica e fórmulas apropriadas).

Observar a ocorrência de manifestações clínicas de hipocalcemia (p. ex., tetania [sinal clássico], formigamento na ponta dos dedos das mãos, nos pés ou na boca, espasmos dos músculos do rosto ou extremidades, sinal de Trousseau, sinal de Chvostek, reflexos tendinosos profundos alterados, convulsões [sinal tardio]).

Monitorar a ocorrência de manifestações psicossociais de hipocalcemia (p. ex., distúrbios de personalidade, prejuízo da memória, confusão, ansiedade, irritabilidade, depressão, alucinação, delírio e psicoses).

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hipocalcemia (p. ex., contralidade reduzida, débito cardíaco diminuído, hipotensão, segmento ST alongado e intervalo QT prolongado, *torsades de pointes*).

Monitorar a ocorrência de manifestações gastrointestinais de hipocalcemia (p. ex., náusea, vômito, constipação e dor abdominal decorrente de espasmo muscular).

Monitorar a ocorrência de manifestações tegumentares de hipocalcemia (p. ex., descamação, eczema, alopecia e hiperpigmentação).

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à hipocalcemia (p. ex., hiperfosfatemia, hipomagnesemia e alcalose).

Monitorar os pacientes que recebem medicamentos que contribuem para perda contínua de cálcio (p. ex., diuréticos em alça, antiácidos com alumínio, aminoglicosídeos, cafeína, cisplatina, corticosteroides, mitramicina, fosfatos, isoniazida).

Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação.

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia e creatinina).

Manter acesso IV desobstruído.

Administrar os sais de cálcio apropriado prescrito (p. ex., carbonato de cálcio, cloreto de cálcio e gluconato de cálcio), usando apenas cálcio diluído em glicose a 5%, administrado devagar, com uma bomba infusora volumétrica, conforme indicação.

Manter repouso no leito para pacientes que recebem terapia de reposição parenteral de cálcio para controle dos efeitos colaterais de hipotensão postural.

Monitorar a pressão sanguínea em pacientes que recebem terapia parenteral de reposição de cálcio.

Monitorar infusões de cloreto de cálcio atentamente em relação a efeitos adversos (maior incidência de necrose tissular com infiltração endovenosa; não costuma ser o primeiro medicamento na lista das preferências em planos de tratamento).

Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais da administração intravenosa de cálcio ionizado (p. ex., cloreto de cálcio),

como aumento dos efeitos do digitálico, toxicidade pelo digitálico, bradicardia, hipotensão postural, parada cardíaca, tromboflebite, dano aos tecidos moles com extravazamento, coagulação e formação de trombos, conforme apropriado.

Evitar a administração de medicamentos que diminuam o cálcio sérico ionizado (p. ex., bicarbonato e sangue citrado), conforme apropriado.

Evitar a administração de sais de cálcio com fosfatos ou bicarbonatos para prevenir precipitação.

Monitorar a ocorrência de espasmo agudo de laringe e tetania que necessitem de controle de emergência das vias aéreas.

Monitorar a ocorrência de exacerbação de tetania em consequência de hiperventilação ou pressão nos nervos eferentes (p. ex., devido ao cruzamento das pernas), conforme apropriado.

Iniciar precauções contra convulsões em pacientes com hipocalcemia grave.

Iniciar precauções de segurança em pacientes com potencial para manifestações psicossociais danosas (p. ex., confusão).

Encorajar o aumento da ingestão oral de cálcio (p. ex., pelo menos, de 1.000 a 1.500 mg/dia em derivados do leite, salmão em lata, sardinhas, ostras frescas, nozes, brócolis, espinafre e suplementos), conforme apropriado.

Promover a ingestão adequada de vitamina D (p. ex., suplemento vitamínico e vísceras) para facilitar a absorção gastrointestinal do cálcio, conforme apropriado.

Administrar medicamentos redutores de fosfato (p. ex., hidróxido de alumínio, acetato de cálcio ou carbonato de cálcio), conforme indicação em pacientes com insuficiência renal crônica.

Proporcionar medidas de alívio/conforto da dor.

Monitorar a ocorrência de correção excessiva e hipercalcemia.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre medidas instituídas para tratamento da hipocalcemia.

Orientar o paciente sobre a necessidade de mudanças no estilo de vida para controle da hipocalcemia (exercícios regulares de levantamento de peso, redução da ingestão de álcool e cafeína, redução do tabagismo, estratégias para reduzir riscos de quedas).

Orientar o paciente sobre medicamentos que diminuem a taxa de perda óssea (p. ex., calcitonina, alendronato, raloxifeno, risedronato).

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. ACLS provider manual. Dallas, TX: Author, 2002.

American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.

Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Controle de ELETRÓLITOS: hipocalemia (2007)

Definição: Promoção do equilíbrio de potássio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de potássio abaixo dos desejados.

Atividades:

Obter amostras para análise laboratorial de níveis de potássio e desequilíbrios eletrolíticos associados (p. ex., gasometria arterial, urina e níveis séricos), conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de hipocalemia precoce para evitar sequelas que coloquem a vida em risco em pacientes de risco (p. ex., fadiga, anorexia, fraqueza muscular, mobilidade intestinal diminuída, parestesias, disritmias).

Monitorar os valores laboratoriais associados à hipocalemia (p. ex., glicose aumentada, alcalose metabólica, osmolalidade urinária reduzida, potássio na urina, hipocloremia e hipocalcemia), conforme apropriado.

Monitorar trocas intracelulares que causem redução dos níveis de potássio sérico (p. ex. alcalose metabólica, ingestão de alimentos [em especial, carboidratos] e administração de insulina), conforme apropriado.

Monitorar causa(s) renal(is) de redução dos níveis séricos de potássio (p. ex., diuréticos, diurese, alcalose metabólica e nefrite com perda de potássio), conforme apropriado.

Monitorar causa(s) gastrointestinal(is) de redução dos níveis séricos de potássio (p. ex., diarreia, fístulas, vômito e sucção nasogástrica contínua), conforme apropriado.

Monitorar causa(s) de diluição de níveis séricos de potássio reduzidos (p. ex., administração de soluções hipotônicas e aumento da retenção de água secundário a hormônio antidiurético inadequado), conforme apropriado.

Administrar suplemento de potássio conforme prescrição.

Colaborar com o médico e o farmacêutico quanto a preparados adequados de potássio ao suplementá-lo (p. ex., suplementos EV de potássio somente em caso de hipocalemia grave ou sintomática, ou quando o trato gastrointestinal não puder ser usado).

Monitorar a função renal, eletrocardiograma e níveis séricos de potássio durante a reposição, conforme apropriado.

Prevenir/reduzir irritação decorrente de suplementação oral de potássio (p. ex., administrar suplementos de potássio por via oral ou nasogástrica, durante ou após as refeições, para minimizar irritação gastrointestinal; há preferência por comprimidos microencapsulados, de liberação controlada, para reduzir a irritação e a erosão gastrointestinal; dividir as doses orais diárias maiores).

Prevenir/reduzir a irritação decorrente de suplemento EV de potássio (p. ex., levar em conta infusão via acesso central em concentrações superiores a 10 mEq/L, diluir adequadamente o potássio IV, administrar lentamente o suplemento EV, aplicar anestésico tópico ao local IV), conforme apropriado.

Manter desobstruído o acesso IV.

Proporcionar monitoramento cardíaco contínuo se a taxa de reposição de potássio ultrapassar 10 mEq/h.

Administrar diuréticos poupadores de potássio (p. ex., espironolactona ou triantereno), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de toxicidade por digitálico (p. ex., informar níveis séricos acima da variação terapêutica, monitorar a frequência e o ritmo cardíacos antes de administrar a dose e monitorar ocorrência de efeitos colaterais), conforme apropriado.

Evitar administrar substâncias alcalinas (p. ex., bicarbonato de sódio EV e antiácidos VO ou NG), conforme apropriado.

Monitorar manifestações neurológicas de hipocalcemia (p. ex., fraqueza muscular, nível de consciência alterado, tontura, apatia, letargia, confusão e depressão).

Monitorar manifestações cardíacas de hipocalcemia (p. ex., hipotensão, achatamento da onda T, inversão da onda T, presença de onda U, ectopia, taquicardia e pulso fraco).

Monitorar manifestações renais de hipocalcemia (p. ex., urina ácida, osmolalidade urinária reduzida, nictúria, poliúria e polidipsia).

Monitorar manifestações gastrointestinais de hipocalcemia (p. ex., anorexia, náusea, câibras, constipação, distensão e fêco paralítico).

Monitorar manifestações pulmonares de hipocalcemia (p. ex., hipoventilação e fraqueza muscular respiratória).

Posicionar o paciente para facilitar a ventilação.

Monitorar a ocorrência de insuficiência respiratória (p. ex., níveis baixos de PaO₂ e elevados de PaCO₂ e fadiga muscular respiratória).

Monitorar a ocorrência de hipocalcemia de rebote.

Monitorar a ocorrência de diurese excessiva.

Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação, conforme apropriado.

Oferecer alimentos ricos em potássio (p. ex., substitutos do sal, frutas secas, bananas, vegetais verdes, tomates, vegetais amarelos, chocolate e derivados do leite), conforme apropriado.

Instruir o paciente e/ou familiares sobre as medidas instituídas para tratamento da hipocalcemia.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. ACLS provider manual. Dallas, TX: Author, 2002.

American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Infusion Nursing Society. Infusion nursing standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*. 29(1S), 2006.

Kraft M., Btaiche I., Sacks G., Kudsk K. Treatment of electrolyte disorders in adult patients in the intensive care unit. *American Journal Health-System Pharmacists*. 2005;62(16):1663-1682.

Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.

Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.

Pestana C. Fluids and electrolytes in the surgical patient. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Springhouse Corporation. Fluids & electrolytes made incredibly easy, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Controle de ELETRÓLITOS: hipomagnesemia (2008)

Definição: Promoção do equilíbrio de magnésio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de magnésio abaixo dos desejados.

Atividades:

Obter amostras do nível de magnésio para análise laboratorial, conforme apropriado.

Monitorar as tendências nos níveis de magnésio, se possível.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à hipomagnesemia (p. ex., hipocalcemia, hipocalcemia), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de ingestão reduzida causada por desnutrição, terapia líquida EV prolongada, ou uso de nutrição enteral ou parenteral com quantidades insuficientes de magnésio, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de níveis reduzidos de magnésio resultantes de sua absorção inadequada (p. ex., ressecção cirúrgica do intestino, insuficiência pancreática, doença intestinal inflamatória e ingestão alimentar excessiva de cálcio), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de aumento da excreção urinária de magnésio (p. ex., diuréticos, distúrbios renais, excreção renal após transplante, hiper/hipoparatiroidismo), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de aumento da perda gastrointestinal de magnésio (p. ex., sucção nasogástrica, diarreia, drenagem de fístula, pancreatite aguda), conforme apropriado.

Monitorar a suficiência renal em pacientes que recebem reposição de magnésio.

Oferecer alimentos ricos em magnésio (p. ex., grãos não processados, vegetais folhosos verdes, nozes e legumes), conforme apropriado.

Administrar os suplementos orais prescritos, conforme indicado, mantendo-os por vários dias, após o nível de magnésio voltar ao normal.

Administrar o magnésio intravenoso prescrito para hipomagnesemia sintomática, conforme apropriado.

Monitorar ocorrência de efeitos secundários da reposição endovenosa de magnésio (p. ex., rubor, transpiração, sensação de calor e hipocalcemia), conforme apropriado.

Manter gluconato de cálcio à disposição durante reposição rápida de magnésio para casos de tetania ou apneia hipocalcêmica, conforme apropriado.

Evitar administrar medicamentos depletos de magnésio (p. ex., diuréticos em alça e tiazídicos, antibióticos aminoglicosídeos, anfotericina B, digoxina e cisplatina), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de manifestações no sistema nervoso central de hipomagnesemia (p. ex., letargia, insônia, alucinações auditivas e visuais, agitação e mudanças de personalidade).

Monitorar o aparecimento de manifestações neuromusculares de hipomagnesemia (p. ex., fraqueza, contrações musculares, câibras nos pés ou pernas, parestesias, reflexos hiperativos tendinosos, sinal de Chvostek, sinal de Trousseau, disfagia, nistagmo, convulsões e tetania).

Monitorar o aparecimento de manifestações gastrointestinais de hipomagnesemia (p. ex., náusea, vômito, anorexia, diarreia e distensão abdominal).

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hipomagnesemia (p. ex., complexos QRS ampliados, *torsades de pointes*, taquicardia ventricular, ondas T achatadas, segmentos ST deprimidos, QT prolongado, ectopia, taquicardia, nível sérico elevado de digoxina).

Orientar o paciente e/ou familiares sobre as medidas instituídas no tratamento da hipomagnesemia.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Luckey A., Parsa C. Fluid and electrolytes in the aged. *Archives of Surgery*. 2003;138(10):1055-1060.

Metheny N.M. Fluid and electrolyte balance: Nursing considerations, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Saris N., Mervaala E., Karppanen H., Khawaja J., Lewenstam A. Magnesium: An update on physiological, clinical and analytical aspects. *Clinica Chimica Acta*. 2000;294(1-2):1-26.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Topk J.M., Murray P.T. Hypomagnesemia and hypermagnesemia. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*. 2003;4:195-206.

Controle de ELETRÓLITOS: hiponatremia (2009)

Definição: Promoção do equilíbrio de sódio e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de sódio abaixo dos desejados.

Atividades:

Monitorar as tendências dos níveis séricos de sódio em populações de alto risco (p. ex., idosos confusos, pacientes em dieta com pouco sal ou usando diuréticos).

Monitorar atentamente os níveis de sódio em paciente que apresenta condições com efeitos redutores nos níveis de sódio (p. ex., tumor de pequenas células pulmão, deficiência de aldosterona, insuficiência adrenal, síndrome do hormônio antidiurético inadequado [SIADH], hiperglicemia, vômito, diarreia, intoxicação pela água, fístulas, transpiração excessiva).

Monitorar a ocorrência de manifestações neurológicas ou musculoesqueléticas de hiponatremia (p. ex., letargia, pressão intracraniana (PIC) aumentada, estado mental alterado, cefaleia, apreensão, fadiga, tremores, fraqueza ou câibras musculares, hiperreflexia, convulsões, coma [sinais tardios]).

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hiponatremia (p. ex., hipotensão ortostática, pressão sanguínea aumentada, pele fria e pegajosa, turgor insatisfatório da pele, hipovolemia, hipervolemia).

Monitorar a ocorrência de manifestações gastrointestinais de hiponatremia (p. ex., mucosa ressecada, redução na produção de saliva, anorexia, náusea, vômito, câibras abdominais e diarreia).

Obter amostras laboratoriais adequadas para análise dos níveis alterados de sódio (p. ex., sódio sérico e urinário, cloreto de sódio sérico e urinário, osmolalidade urinária e gravidade específica da urina).

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à hiponatremia (p. ex., hipocalemia, acidose metabólica e hiperglicemia).

Monitorar a ocorrência de perda de sódio pelos rins (oligúria).

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia e creatinina).

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Pesar diariamente e monitorar tendências.

Monitorar o surgimento de indícios de sobrecarga hídrica/retenção (p. ex., crepitações, pressão venosa central elevada ou elevação da pressão pulmonar capilar em cunha, edema, distensão de veias do pescoço e ascite), conforme apropriado.

Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive PVC, PAM, PAP E PACP, se possível.

Restringir a ingestão de água como o tratamento de primeira linha mais seguro para hiponatremia em pacientes com volume normal ou excessivo de líquido (800 mL/24 horas).

Manter restrição de líquidos, conforme apropriado.

Encorajar a ingestão de alimentos/líquidos com muito sódio, conforme apropriado.

Monitorar todos os líquidos parenterais quanto ao conteúdo de sódio.

Administrar solução salina hipertônica (3% a 5%) a 3 mL/kg, ou conforme a política para correção cautelosa de hiponatremia em locais de atendimento intensivo, somente com observação criteriosa, conforme apropriado.

Evitar a correção rápida ou excessiva da hiponatremia (p. ex., nível sérico de Na superior a 125 mEq/L e hipocalemia).

Administrar expansores do plasma com cautela e apenas na presença de hipovolemia.

Evitar administração excessiva de líquidos hipotônicos intravenosas, em especial na presença de SIADH.

Administrar diuréticos apenas diante de indicação (p. ex., tiazidas, diuréticos em alça similares à furosemida, ou ácido etacrínico).

Limitar as atividades do paciente estimulando a conservação de energia, conforme apropriado.

Instituir precauções de convulsão se indicado em casos graves de hiponatremia.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre todas as terapias instituídas para tratamento da hiponatremia.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- American Heart Association. ACLS provider manual. Dallas, TX: Author, 2002.
- American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.
- Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.
- Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.
- Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
- Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Definição: Promoção do equilíbrio de fosfato e prevenção de complicações resultantes de níveis séricos de fosfato abaixo dos desejados.

Atividades:

Monitorar tendências nos níveis séricos do fósforo inorgânico em populações de risco (p. ex., pacientes alcoólatras, com anorexia nervosa, idosos com debilidades graves).

Monitorar os níveis de fosfato atentamente em paciente que apresenta condições com efeitos de depleção nos níveis de fosfato (p. ex., hiperparatireoidismo, cetoacidose diabética, grandes queimaduras térmicas, hiperventilação intensa e prolongada, administração excessivamente criteriosa de carboidratos simples em desnutrição calórica e proteica grave).

Obter amostras para análise laboratorial de níveis de fosfato e eletrólitos associados (p. ex., gasometria arterial, urina e níveis séricos), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrios eletrolíticos associados à hipofosfatemia (p. ex., hipocalemia, hipomagnesemia, alcalose respiratória, acidose metabólica).

Monitorar a ocorrência de níveis diminuídos de fosfato em consequência de ingestão e absorção reduzidas (p. ex., fome excessiva, hiperalimentação sem fosfato, vômito, doença do intestino delgado ou pâncreas, diarreia e ingestão de antiácidos com alumínio ou hidróxido de magnésio).

Monitorar a ocorrência de redução dos níveis de fosfato resultante de perdas renais (p. ex., hipocalemia, hipomagnesemia, envenenamento por metais pesados, álcool, hemodiálise com dialisado com fosfato insuficiente, diuréticos tiazídicos e deficiência de vitamina D).

Monitorar a ocorrência de níveis de fosfato diminuídos, consequência de trocas do meio extracelular para intracelular (p. ex., administração de glicose, administração de insulina, alcalose e hiperalimentação).

Monitorar a ocorrência de manifestações neuromusculares de hipofosfatemia (p. ex., fraqueza, lassidão, mal-estar, tremores, parestesias, ataxia, dor muscular, cretinina fosfoquinase aumentada, eletromiograma anormal e rabdomiolise).

Monitorar a ocorrência de manifestações no SNC de hipofosfatemia (p. ex., irritabilidade, fadiga, perda de memória, alcance reduzido da atenção, confusão, convulsões, coma, EEG anormal, entorpecimento, reflexos reduzidos, prejuízo da função sensorial e paralisia dos nervos cranianos).

Monitorar a ocorrência de manifestações musculoesqueléticas de hipofosfatemia (p. ex., dor nos ossos, fraturas e rigidez articular).

Monitorar a ocorrência de manifestações cardiovasculares de hipofosfatemia (p. ex., redução da contratilidade, débito cardíaco diminuído, insuficiência cardíaca e ectopia).

Monitorar a ocorrência de manifestações pulmonares de hipofosfatemia (p. ex., respirações rápidas e superficiais, volume tidal diminuído e ventilação-minuto diminuída)

Monitorar a ocorrência de manifestações gastrointestinais de hipofosfatemia (p. ex., náusea, vômito, anorexia, função hepática prejudicada e hipertensão portal).

Monitorar a ocorrência de manifestações hematológicas de hipofosfatemia (p. ex., anemia, afinidade aumentada da hemoglobina com oxigênio que leva a aumento de SaO₂, aumento do risco de infecção que resulta de funcionamento dos leucócitos deficiente, trombocitopenia, contusão e hemorragia resultantes de disfunção plaquetária).

Administrar os suplementos endovenosos de fosfato prescrita (taxa de reposição não deve ultrapassar 10 mEq/h), conforme apropriado.

Administrar terapia de reposição de fosfato via oral quando possível (via de preferência).

Monitorar os locais endovenosos quanto ao extravasamento (ocorre degeneração tissular e necrose com infiltração de suplementos de fosfato).

Monitorar a ocorrência de correção rápida ou excessiva da hipofosfatemia (p. ex., hiperfosfatemia, hipocalcemia, hipotensão, hipercalemia, hipernatremia, tetania, calcificações metastásicas).

Monitorar a função renal durante as suplementações parenterais de fosfato, conforme apropriado.

Evitar medicamentos aglutinadores de fosfato e diuréticos.

Encorajar a ingestão oral maior de fosfato (p. ex., derivados do leite, cereais integrais, nozes, frutas ou e verduras desidratadas e vísceras).

Manter a força muscular (p. ex., auxiliar com exercícios passivos ou ativos de amplitude de movimentos).

Instituir cuidados preventivos para evitar infecção (hipofosfatemia causa depleção grave de granulócitos).

Orientar o paciente e/ou familiares sobre todas as medidas instituídas para tratamento da hipofosfatemia.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. ACLS provider manual. Dallas, TX: Author, 2002.

American Nephrology Nurses' Association. Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 2005.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Oncology Nursing Society. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1996.

Parker J. Contemporary nephrology nursing. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Springhouse Corporation. Just the facts: Fluids and electrolytes. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Monitoração de ELETRÓLITOS (2020)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para regular o equilíbrio de eletrólitos.

Atividades:

Monitorar o nível sérico de eletrólitos.

Monitorar o nível de albumina sérica e de proteína total, conforme indicado.

Monitorar ocorrência de desequilíbrios ácido-básico associados.

Identificar as possíveis causas de desequilíbrios eletrolíticos.

Reconhecer e informar a presença de desequilíbrios eletrolíticos.

Monitorar a ocorrência de perda hídrica e perda associada de eletrólitos, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência do sinal de Chvostek e/ou Trousseau.

Monitorar ocorrência de manifestação neurológica de desequilíbrio eletrolítico (p. ex., alteração sensorial e fraqueza).

Monitorar a adequação da ventilação.

Monitorar os níveis séricos de osmolalidade urinária.

Monitorar os traçados do ECG em busca a mudanças relativas a níveis anormais de cálcio, potássio e magnésio.

Observar mudanças na sensibilidade periférica, como dormência e tremores.

Observar a força muscular.

Monitorar ocorrência de náusea, vômito e diarreia.

Identificar tratamentos que possam alterar o estado eletrolítico, como sucção gastrointestinal, diuréticos, anti-hipertensivos e bloqueadores do canal de cálcio.

Monitorar a ocorrência de doença médica subjacente capaz de causar desequilíbrio eletrolítico.

Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de hipocalcemia: fraqueza muscular, irregularidades cardíacas (PVC), intervalo QT prolongado, onda T achatada ou deprimida, segmento ST deprimido, presença de onda U, fadiga, parestesia, diminuição dos reflexos, anorexia, constipação, motilidade gastrointestinal diminuída, tontura, confusão, aumento da sensibilidade ao digitálico e depressão respiratória.

Monitorar presença de sinais/sintomas de hipercalemia: irritabilidade, inquietação, ansiedade, náusea, vômito, câibras abdominais, fraqueza, paralisia flácida, entorpecimento circumoral e formigamento, taquicardia que evolui para bradicardia, taquicardia/fibrilação ventricular, ondas T elevadas em pico, onda P plana, complexo QRS amplo e indistinto e bloqueio cardíaco evoluindo para assistolia.

Monitorar a ocorrência de sinais/sintomas de hiponatremia; desorientação, contrações musculares, náusea e vômito, câibras abdominais, dores de cabeça, mudanças de personalidade, convulsões, letargia, fadiga, retraimento e coma.

Monitorar a presença de sinais/sintomas de hipernatremia: sede excessiva, febre, mucosas ressecadas e pegajosas, taquicardia, hipotensão, letargia, confusão, estado mental alterado e convulsões.

Monitorar a presença de sinais/sintomas de hipocalcemia: irritabilidade, tetania muscular, sinal de Chvostek (espasmo do músculo facial), sinal de Trousseau (espasmo carpal), entorpecimento e formigamento periféricos, câibras musculares, débito cardíaco diminuído, segmento ST prolongado e intervalo QT prolongado, sangramento e fraturas.

Monitorar a presença de sinais e sintomas de hipercalcemia: dor óssea profunda, sede excessiva, anorexia, letargia, fraqueza muscular, segmento QT encurtado, onda T ampla, complexo QRS ampliado e intervalo P-R prolongado.

Monitorar a presença de sinais e sintomas de hipomagnesemia: depressão de músculos respiratórios, apatia mental, sinal de Chvostk (espasmo do músculo facial), sinal de Trousseau (espasmo carpal), confusão, tiques faciais, espasticidade e disritmias cardíacas.

Monitorar a presença de sinais e sintomas de hipermagnesemia: fraqueza muscular, incapacidade para deglutir, hiporreflexia, hipotensão, bradicardia, depressão do sistema nervoso central (SNC), depressão respiratória, letargia, coma e depressão.

Monitorar a presença de sinais e sintomas de hipofosfatemia: tendências a sangramento, fraqueza muscular, parestesia, anemia hemolítica, função deprimida dos leucócitos, náusea, vômito, anorexia e desmineralização óssea.

Monitorar a presença de sinais e sintomas de hiperfosfatemia: taquicardia, náusea, diarreia, câibras abdominais, fraqueza

muscular, paralisia flácida e reflexos aumentados.

Monitorar a presença de sinais e sintomas de hipocloremia: hiperirritabilidade, tetania, excitabilidade muscular, respirações lentas e hipotensão.

Monitorar a presença de sinais e sintomas de hipercloremia: fraqueza, letargia, respiração rápida e profunda e coma.

Administrar os eletrólitos suplementares prescritos, conforme apropriado.

Oferecer a dieta adequada ao desequilíbrio eletrolítico do paciente (p. ex., alimentos ricos em potássio ou dieta com baixo teor de sódio).

Ensinar ao paciente formas de prevenir ou minimizar o desequilíbrio eletrolítico.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre mudanças específicas na dieta, conforme apropriado.

Consultar o médico se persistirem ou piorarem os sinais e sintomas de desequilíbrio hídrico e/ou eletrolítico.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Elgart H.N. Assessment of fluids and electrolytes. *AACN Clinical Issues*. 2004;15(4):607-621.

McCance K.L., Huether S.E. Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Price S.A., Wilson L.M. Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2003.

Sheppard M. Monitoring fluid balance in acutely ill patients. *Nursing Times*. 2000;96(21):39-40.

Cuidados na EMBOLIA: periférica (4104)

Definição: Limitação de complicações para um paciente que apresenta ou está em risco de apresentar oclusão da circulação periférica.

Atividades:

Fazer uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura das extremidades).

Monitorar a ocorrência de dor na área afetada.

Avaliar se há presença do sinal de Homans (dor quando o pé é dorsiflexionado forçosamente).

Monitorar a ocorrência de sinais de redução da circulação venosa, inclusive aumento da circunferência das extremidades, edema e sensibilidade dolorosa, agravamento da dor em posição pendente, veia enrijecida palpável, cãibra intensa, vermelhidão e calor, entorpecimento, formigamento e febre.

Administrar medicação anticoagulante, conforme apropriado.

Monitorar o tempo da protrombina (TP) e o tempo parcial da tromboplastina (TTP) do paciente para mantê-las de uma a duas vezes dentro da normalidade, conforme apropriado.

Manter disponível sulfato protamina e/ou vitamina K para casos de emergência.

Monitorar o surgimento de sinais de sangramento, por exemplo, teste de fezes e drenagem nasogástrica em busca de sangue.

Administrar antiácidos e analgésicos, conforme apropriado.

Manter o paciente em repouso no leito e mudar sua posição a cada duas horas.

Erguer os lençóis no leito com estrutura apropriada acima da extremidade afetada, conforme apropriado.

Monitorar o estado neurológico.

Realizar exercícios passivos ou ativos de amplitude de movimentos nas extremidades não afetadas.

Proporcionar medidas de conforto/alívio da dor.

Orientar o paciente a não massagear a área afetada.

Monitorar a ocorrência de efeitos secundários dos medicamentos anticoagulantes se apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Association of Critical Care Nurses. Outcome Standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Doyle J., Johantgen M., Vitello-Cicciu J. Vascular disease. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:607-634.

Neagley S. The pulmonary system. In: Alspach J., editor. *AACN core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:98-101.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Cuidados na EMBOLIA: pulmonar (4106)

Definição: Limitação de complicações para um paciente que apresenta ou está em risco de apresentar oclusão da circulação pulmonar.

Atividades:

Avaliar a dor no peito (p. ex., intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio).

Auscultar os sons pulmonares buscando crepitações ou outros ruídos adventícios.

Monitorar o padrão respiratório quanto a sintomas de dificuldade respiratória (p. ex., dispneia, taquipneia e falta de fôlego).

Monitorar os determinantes da distribuição tissular de oxigênio (p. ex., níveis de PaO₂, SaO₂ e da hemoglobina, além de débito cardíaco), se possível.

Monitorar a ocorrência de sintomas de oxigenação tissular inadequada (p. ex., palidez, cianose e enchimento capilar lento).

Monitorar a ocorrência de sintomas de insuficiência respiratória (p. ex., níveis baixos de PaO₂ e elevados de PaCO₂, e fadiga muscular respiratória).

Encorajar uma boa ventilação (p. ex., espirômetro de incentivo e tosse e respiração profunda a cada duas horas).

Monitorar os dados laboratoriais quanto a mudanças na oxigenação ou no equilíbrio ácido-básico, conforme apropriado.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre procedimentos diagnósticos (p. ex., mensuração da ventilação/perfusão [V/Q scan]), conforme apropriado.

Encorajar o paciente a relaxar.

Conseguir a gasometria arterial conforme apropriado.

Administrar anticoagulantes conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de efeitos secundários de medicação anticoagulante conforme apropriado.

Evitar o excesso de cunha do cateter da artéria pulmonar para prevenir ruptura dessa artéria, conforme apropriado.

Monitorar o traçado da artéria pulmonar quanto a cunha espontânea do cateter se adequado.

Reposicionar o cateter da artéria pulmonar em cunha, de forma espontânea, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Doyle J., Johantgen M., Vitello-Cicciu J. Vascular disease. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:607-634.

Neagley S. The pulmonary system. In: Alspach J., editor. *AACN core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:98-101.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Precauções contra EMBOLIA (4110)

Definição: Redução do risco de embolia em paciente com trombos ou risco de formação de trombos.

Atividades:

Fazer avaliação completa da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade).

Elevar o membro afetado em 20 graus ou mais acima do nível do coração para melhorar o retorno venoso, conforme apropriado.

Aplicar meias antiembolia (p. ex., meias elásticas ou de compressão), conforme apropriado.

Retirar as meias antiembolia por 15 a 20 minutos, a cada oito horas.

Ajudar o paciente a realizar exercícios ativos ou passivos com amplitude de movimentos, conforme apropriado.

Mudar a posição do paciente a cada duas horas, ou deambular conforme tolerado.

Evitar lesão ao lúmen de vasos, prevenindo pressão local, trauma, infecção ou sepse.

Evitar massagear ou comprimir os músculos das pernas.

Orientar o paciente a não cruzar as pernas.

Administrar dose reduzida de medicamento anticoagulante profilático e/ou antiplaquetário (p. ex., heparina, dipiridamol

e dextrano).

Orientar o paciente a evitar atividades que resultem na manobra de Valsalva (p. ex., esforço ao defecar).

Administrar medicamentos que previnam episódios da manobra de Valsalva (p. ex., emolientes fecais e antieméticos), conforme apropriado.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre precauções apropriadas.

Encorajar interrupção do uso do cigarro.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Association of Critical Care Nurses. Outcome Standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-597. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Doyle J., Johantgen M., Vitello-Cicciu J. Vascular disease. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:607-634.

Neagley S. The pulmonary system. In: Alspach J., editor. *AACN core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:98-101.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Cuidados de EMERGÊNCIA (6200)

Definição: Provisão de medidas para salvar a vida em situações de emergência.

Atividades:

Agir de forma rápida e metódica, dando atendimento às condições mais urgentes.

Ativar o sistema médico de emergência.

Orientar outras pessoas a buscar ajuda quando necessário.

Manter abertas as vias aéreas.

Fazer reanimação cardiopulmonar, conforme apropriado.

Fazer a manobra de Heimlich, conforme apropriado.

Levar o paciente para local seguro, conforme apropriado.

Verificar a presença de alertas médicos.

Aplicar pressão manual sobre local de sangramento, conforme apropriado.

Aplicar curativo compressivo, conforme necessidade.

Monitorar quanto à quantidade e natureza da perda sanguínea.

Verificar a presença de sinais e sintomas de pneumotórax ou trauma torácico.

Elevar a parte lesionada, conforme apropriado.

Aplicar calças antichoque (MAST), conforme apropriado.

Monitorar os sinais vitais.

Determinar o histórico do acidente com o paciente ou demais pessoas na área.

Determinar se há envolvimento com *overdose* de droga ou outra substância.

Determinar se há envolvimento de substâncias tóxicas ou venenosas.

Enviar drogas com suspeita de envolvimento junto com o paciente para a instituição, conforme apropriado.

Monitorar o nível de consciência.

Imobilizar fraturas, ferimentos grandes e todas as partes lesionadas.

Monitorar a condição neurológica quanto a possíveis lesões encefálicas ou medulares.

Aplicar colar cervical, conforme apropriado.

Manter o alinhamento corporal em caso de suspeita de lesão da coluna vertebral.

Tranquilizar e oferecer apoio emocional ao paciente.

Iniciar o transporte médico, conforme apropriado.

Transportar usando uma tábua para imobilização das costas, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl. 1):IV1-IV211.

Beaver B.M. Care of the multiple trauma victim: The first hour. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(1):11-22.

Laskowski-Jones L. Responding to summer emergencies-education STATPack. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2000;19(4):11-12. July-August

Smeltzer S.C., Bare B.G., Emergency nursing. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:2114-2146.

Smith S., Duell D. *Clinical nursing skills*, 3rd ed. Los Altos, CA: National Nursing Review, 1992.

Gerenciamento do Protocolo de EMERGÊNCIA (6140)

Definição: Coordenação de medidas de emergência para manter a vida.

Atividades:

Solicitar ajuda.

Garantir que as vias aéreas do paciente estejam abertas, que as respirações artificiais sejam administradas e que as compressões cardíacas sejam implementadas.

Utilizar o protocolo de emergência de acordo com o padrão da instituição.

Levar o carrinho do protocolo de emergência para junto do leito.

Instalar monitor cardíaco e determinar o ritmo.

Fazer cardioversão ou desfibrilação logo que possível.

Assegurar que alguém esteja oxigenando o paciente e auxiliando na intubação, conforme apropriado.

Obter um acesso endovenoso e administrar líquidos por essa via, conforme indicação.

Garantir que alguém (1) prepare os medicamentos, (2) administre os medicamentos, (3) interprete o ECG e faça cardioversão/desfibrilação, conforme a necessidade, e (4) registre o atendimento.

Lembrar aos profissionais os protocolos de Suporte Cardíaco Avançado de Vida, conforme apropriado.

Garantir que haja alguém atendendo às necessidades da família, se estiver presente.

Garantir que alguém esteja na coordenação do atendimento de outros pacientes no setor/unidade.

Revisar as ações em relação ao protocolo para identificar áreas que estão funcionando bem e áreas de precisam ser melhoradas.

Fazer a verificação do carrinho para emergências conforme o protocolo da instituição.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- American Heart Association. Electric therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation*. 2005;112(24):35-46.
- American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl. 1):IV1-IV211.
- DeVita M.A., Schaefer J., Lutz J., Dongilli T., Wang H. Improving medical crisis team performance. *Critical Care Medicine*. 2004;32(2):S61-S65.
- Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
- Misko L., Molle E. Teaching staff to manage cardiac arrest situations. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2003;19(6):292-296.
- Jorden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Verificação do Carrinho de EMERGÊNCIAS (7660)

Definição: Revisão e manutenção sistemáticas dos conteúdos de um carrinho de emergência a intervalos de tempo estabelecidos.

Atividades:

Assegurar a facilidade de uso do equipamento e do local dos suprimentos, de acordo com o modelo do carrinho, durante sua montagem inicial e em todas as checagens.

Comparar o equipamento do carrinho com a lista dos equipamentos designados.

Localizar todo o equipamento e os suprimentos designados no carrinho.

Repor suprimentos e equipamentos em falta ou com prazos de validade vencidos.

Assegurar a armazenagem dos suprimentos sem látex, conforme o protocolo da instituição.

Assegurar que o equipamento esteja funcionando por meio de testes (p. ex., reunir laringoscópio e checar a lâmpada), conforme indicação.

Assegurar que o desfibrilador permaneça conectado e carregado entre os usos.

Testar o desfibrilador conforme o modelo e o protocolo da instituição, com uma carga de teste com baixa energia (< 200).

Limpar o equipamento quando necessário.

Verificar as datas de validade de todos os equipamentos e medicamentos.

Documentar a verificação do carrinho, conforme o protocolo da instituição.

Repor os equipamentos, suprimentos e medicamentos, conforme atualização da tecnologia e das instruções.

Assegurar os suprimentos e os equipamentos do carrinho e as informações ao paciente, conforme o protocolo da instituição e os regulamentos governamentais.

Orientar os novos funcionários em relação aos procedimentos adequados de verificação do carrinho de emergências.
Segunda edição 1996; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- American Heart Association. Electric therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation*. 2005;112(24):35-46.
- American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl. 1):IV1-IV211.
- Bernstein M.L. Latex-safe emergency cart products list. *Journal of Emergency Nursing*. 1997;24(1):58-61.
- DeVita M.A., Schaefer J., Lutz J., Dongilli T., Wang H. Improving medical crisis team performance. *Critical Care Medicine*. 2004;32(2):S61-S65.
- Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
- McLaughlin R.C. Redesigning the crash cart: Usability testing improves one facility's medication drawers. *American Journal of Nursing*. 103(4), 2003. Hospital Extra: 64A, 64D, 64G-H
- Misko L., Molle E. Teaching staff to manage cardiac arrest situations. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2003;19(6):292-296.
- Shanaberger C.J. Equipment failure is often human failure. *Journal of Emergency Medical Services*. 1988;13(1):124-125.

Apoio EMOCIONAL (5270)

Definição: Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de estresse.

Atividades:

Conversar com o paciente sobre a(s) experiência(s) emocional(is).

Investigar com o paciente o que desencadeou as emoções.

Fazer declarações de apoio ou empatia.

Abraçar ou tocar no paciente para oferecer apoio.

Apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados.

Auxiliar o paciente a identificar sentimentos, como ansiedade, raiva ou tristeza.

Encorajar o paciente a expressar sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza.

Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha.

Escutar/encorajar manifestações de sentimentos e crenças.

Facilitar a identificação, pelo paciente, do padrão usual de resposta ao enfrentar os medos.

Oferecer apoio durante a fase de negação, raiva, barganha e aceitação do luto.

Identificar a função da raiva, da frustração e do rancor para o paciente.

Encorajar o diálogo ou o choro como formas de reduzir a resposta emocional.

Ficar com o paciente e garantir sua segurança e proteção durante períodos de ansiedade.

Oferecer assistência na tomada de decisão.

Reduzir as exigências de funcionamento cognitivo quando o paciente estiver doente ou fatigado.

Encaminhar para aconselhamento, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Ahrens J. Giving care and comfort in the aftermath of tragedy. *Caring Magazine*. 2002;21(1):10-11.

Arnold E., Boggs K. Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses. Philadelphia: W.B. Saunders, 1989.

Boyle K., Moddeman G., Mann B. The importance of selected nursing activities to patients and their nurses. *Applied Nursing Research*. 1989;2(4):173-177.

Deering C. Therapeutic relationships and communication. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:55-78.

Moore J.C., Hartman C.R. Developing a therapeutic relationship. In: Beck C.K., Rawlins R.P., Williams W.R., editors. *Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1988:92-117.

ENCAMINHAMENTO (8100)

Definição: Organização de serviços por outro provedor ou agência de cuidados.

Atividades:

Fazer um monitoramento contínuo para determinar a necessidade do encaminhamento.

Identificar a preferência do paciente/família/pessoa importante em relação à instituição de encaminhamento.

Identificar a recomendação de encaminhamento dos provedores de cuidados de saúde, se necessário.

Identificar os cuidados necessários de enfermagem/saúde.

Determinar se cuidados de apoio adequado estão disponíveis em casa/comunidade.

Determinar se serviços de reabilitação estão disponíveis para uso em casa.

Avaliar os pontos positivos e negativos da família/pessoas importantes para se responsabilizar pelos cuidados.

Avaliar a possibilidade de acesso relativo a necessidades ambientais para o paciente em casa/comunidade.

Determinar o equipamento adequado para uso após a alta, se necessário.

Determinar os recursos financeiros do paciente para pagamento de outro provedor de cuidados.

Organizar para que haja serviços domiciliares de cuidados de saúde, se necessário.

Encorajar uma visita para levantamento recebendo provedor de cuidados da instituição ou outro, conforme apropriado.

Fazer contato com a agência/provedor de cuidados de saúde apropriado.

Fazer encaminhamento escrito adequado.

Combinar a forma de transporte.

Conversar sobre o plano de cuidados do paciente com o próximo provedor de cuidados de saúde.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Bowles K.H., Naylor M.D., Foust J.B. Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(2):336-342.

McClelland E., Kelly K., Buckwalter K.C. Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning. New York: Grune & Stratton, 1985.

McKeehan K.M. Continuing care. St. Louis, MO: Mosby, 1981.

Extubação ENDOTRAQUEAL (3270)

Definição: Remoção proposital do tubo endotraqueal da via aérea nasofaríngea ou orofaríngea.

Atividades:

Posicionar o paciente para um uso melhor dos músculos ventilatórios, normalmente com a cabeceira da cama elevada a 75 graus.

Orientar o paciente sobre o procedimento.

Hiperoxigenar o paciente e aspirar a via aérea endotraqueal.

Aspirar a via aérea oral.

Desinflar o balonete endotraqueal e remover o tubo endotraqueal.

Encorajar o paciente a tossir e a expectorar o escarro.

Administrar o oxigênio prescrito.

Encorajar a tosse e a respiração profunda.

Aspirar as vias aéreas, se necessário.

Monitorar a ocorrência de dificuldade respiratória.

Observar o surgimento de sinais de obstrução das vias aéreas.

Monitorar os sinais vitais.

Encorajar o repouso da voz por quatro a oito horas, conforme apropriado.

Monitorar a capacidade de deglutir e falar.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Terapia ENDOVENOSA (EV) (4200)

Definição: Administração e monitoramento de líquidos e medicamentos endovenosos.

Atividades:

Verificar a prescrição para a terapia IV.

Orientar o paciente sobre o procedimento.

Manter técnica asséptica rigorosa.

Examinar a solução quanto a tipo, quantidade, prazo de validade, caráter da solução e ausência de dano no recipiente.

Observar os „cinco certos” antes de iniciar a infusão ou administração de medicamentos (droga certa, dose certa, paciente certo, via certa e frequência certa).

Selecionar e preparar a bomba de infusão IV, se indicado.

Perfurar o recipiente com o equipo adequado.

Administrar líquidos IV em temperatura ambiente, ou conforme prescrição médica.

Identificar se o paciente está tomando medicamento incompatível com as medicações prescritas.

Administrar os medicamentos IV conforme a prescrição e monitorar os resultados.

Monitorar a taxa de fluxo endovenoso e o local de punção durante a infusão.

Monitorar a ocorrência de sobrecarga hídrica e reações físicas.

Monitorar a permeabilidade IV antes de administrar medicação IV.

Substituir o dispositivo IV, o sistema e a solução de infusão a cada 48 a 72 horas, conforme o protocolo da instituição.

Manter curativo oclusivo.

Realizar verificações do local da punção, conforme o protocolo da instituição.

Realizar os cuidados do local da punção, conforme o protocolo da instituição.

Monitorar os sinais vitais.

Monitorar a quantidade do potássio endovenoso para não ultrapassar 200 mEq a cada 24 horas para adultos, se adequado.

Salinizar as linhas endovenosas entre as administrações de soluções incompatíveis.

Registrar a ingestão e a eliminação, conforme apropriado.

Monitorar sinais e sintomas associados a flebite por infusão e infecção local.

Documentar a terapia prescrita, conforme o protocolo da instituição.

Manter precauções universais.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Intravenous therapy. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:575-609.

Hadaway L.C. Managing IV therapy „high-alert” drugs keep nurse managers ever watchful. *Nursing Management*. 2000;31(10):38-40.

Intravenous Nurses Society. Revised intravenous nursing standards of practice. *Journal of Intravenous Nursing*. 1998;21(1S):51-95.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1351-1409.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:559-616.

Controle de ENERGIA (0180)

Definição: Regulação do uso da energia para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de funções.

Atividades:

Investigar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto da idade e do desenvolvimento.

Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações.

Usar instrumentos válidos para medir a fadiga, se indicado.

Determinar a percepção das causas da fadiga pelo paciente/pessoa significativa.

Corrigir déficits na condição fisiológica (p. ex., anemia induzida por quimioterapia) como itens prioritários.

Selecionar as intervenções para reduzir a fadiga usando combinações de categorias farmacológicas e não farmacológicas, conforme apropriado.

Determinar quais atividades e quanto são necessárias para desenvolver a resistência.

Monitorar a ingestão nutricional para garantir recursos energéticos adequados.

Consultar o nutricionista sobre formas de aumentar a ingestão de alimentos altamente energéticos.

Negociar horários desejáveis para as refeições que possam ou não coincidir com os horários hospitalares padronizados.

Monitorar o paciente quanto a evidências de fadiga física e emocional excessiva.

Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (p. ex., taquicardia, outras disritmias, dispneia, sudorese, palidez, pressões hemodinâmicas, frequência respiratória).

Encorajar exercícios aeróbicos conforme a tolerância.

Monitorar/registrar o padrão e a quantidade de horas de sono do paciente.

Monitorar local e natureza do desconforto e da dor durante movimento/atividades.

Reduzir desconfortos físicos capazes de afetar a função cognitiva e o automonitoramento/regulação das atividades.

Fixar limites com hiperatividade quando interferir nos outros ou no paciente.

Auxiliar o paciente a entender os princípios da conservação de energia (p. ex., exigência de limitar atividades ou de repouso no leito).

Ensinar técnicas de organização e controle de tempo das atividades para evitar fadiga.

Auxiliar o paciente a priorizar as atividades para bom uso dos níveis de energia.

Auxiliar o paciente/pessoa significativa a estabelecer metas realistas de atividades.

Auxiliar o paciente a identificar as preferências por atividades.

Encorajar o paciente a escolher atividades que, lentamente, componham a resistência.

Auxiliar o paciente a identificar tarefas que familiares e amigos possam fazer em casa para prevenir/aliviar a fadiga.

Levar em consideração a possibilidade de comunicação eletrônica (p. ex., *e-mail* ou mensagens instantâneas) para manter contato com amigos quando as visitas não forem praticáveis ou aconselhadas.

Auxiliar o paciente a limitar o sono durante o dia oferecendo atividades que promovam o estado de vigília, conforme apropriado.

Limitar estímulos ambientais (p. ex., iluminação e ruídos) para facilitar o relaxamento.

Limitar o número de interrupções de visitantes, conforme apropriado.

Promover repouso no leito/limite às atividades (p. ex., aumentar o número de períodos de descanso) com horários protegidos de repouso no leito, conforme a preferência.

Encorajar períodos alternados de descanso e atividade.

Organizar atividades físicas que reduzam a competição pelo suprimento de oxigênio a funções vitais do organismo (p. ex., evitar atividades logo após as refeições).

Usar exercícios passivos e/ou ativos de amplitude de movimentos para aliviar a tensão muscular.

Oferecer atividades recreativas calmantes para promover relaxamento.

Oferecer recursos auxiliares que promovam o sono (p. ex., música ou medicamentos).

Encorajar um sono curto à tarde, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a programar períodos de descanso.

Evitar atividades de cuidado durante os períodos de descanso programado.

Planejar atividades para os períodos em que o paciente tiver maior energia.

Auxiliar o paciente a sentar na lateral da cama („membros inferiores pendentes”) se incapacitado de transferir-se ou deambular.

Auxiliar nas atividades físicas regulares (p. ex., deambulação, transferências, mudança de decúbito e cuidado pessoal), se necessário.

Monitorar a administração e o efeito de estimulantes e depressivos.

Encorajar a atividade física (p. ex., deambulação, desempenho de atividades da vida diária) coerente com os recursos energéticos do paciente.

Avaliar os aumentos programados nos níveis de atividades.

Monitorar a resposta do oxigênio do paciente (p. ex., frequência de pulsos, ritmo cardíaco, frequência respiratória) para o autocuidado ou atividades de enfermagem.

Auxiliar o paciente a automonitorar-se desenvolvendo e usando um registro escrito da ingestão calórica e do gasto de energia, conforme apropriado.

Orientar o paciente e/ou pessoa significativa sobre a fadiga, seus sintomas comuns e recorrências latentes.

Orientar o paciente e pessoa significativa sobre outras técnicas de autocuidado que minimizem o consumo de energia (p. ex., automonitoramento e técnicas de controle de ritmo para o desempenho de atividades da vida diária).

Orientar o paciente/pessoa significativa quanto ao reconhecimento de sinais e sintomas de fadiga que exijam redução da atividade.

Orientar o paciente/pessoa significativa sobre intervenções no estresse e no enfrentamento para reduzir a fadiga.

Orientar o paciente/pessoa significativa para avisar o cuidador diante de persistência de sinais e sintomas de fadiga.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- Erickson J.M. Fatigue in adolescents with cancer: A review of the literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2004;8(2):139-145.
- Gelinas C., Fillion L. Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(2):269-278.
- Glick O. Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-569. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- McFarland G.K., McFarlane E.A. Nursing diagnosis and intervention, planning for patient care, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.
- Nail L.M. Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(3):537-544.
- Oncology Nursing Society. Itano J.K., Taoka K., editors. Core curriculum for oncology nursing, 4th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
- Piper B. Measuring fatigue. In: Frank-Stromborg M., Olsen S., editors. *Pathophysiological phenomena in nursing: Human response to illness*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997:219-234.

Melhora do ENFRENTAMENTO (5230)

Definição: Assistência ao paciente para adaptar-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidos que interfiram na satisfação das exigências da vida e no desempenho de papéis.

Atividades:

Avaliar a adaptação do paciente a mudanças na imagem corporal, se indicado.

Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações.

Encorajar o paciente a identificar uma descrição realista da mudança de papel.

Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença.

Avaliar e discutir respostas alternativas à situação.

Usar uma abordagem calma e tranquila.

Proporcionar uma atmosfera de aceitação.

Ajudar o paciente a fazer uma avaliação objetiva do evento.

Ajudar o paciente a identificar as informações que ele tem mais interesse em conseguir.

Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Proporcionar ao paciente escolhas realistas sobre alguns aspectos do cuidado.

Encorajar uma atitude de esperança realista como forma de lidar com os sentimentos de desamparo.

Avaliar a capacidade de decisão do paciente.

Buscar entender a perspectiva do paciente a respeito de uma situação de estresse.

Desencorajar decisões quando o paciente está sob muito estresse.

Encorajar o domínio gradativo da situação.

Encorajar a paciência no desenvolvimento de relacionamentos.

Encorajar relacionamentos com pessoas que têm interesses e metas comuns.

Encorajar atividades sociais e comunitárias.

Encorajar a aceitação das limitações dos outros.

Admitir os antecedentes espirituais e culturais do paciente.

Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado.

Investigar conquistas anteriores do paciente.

Investigar as razões do paciente para a autocrítica.

Confrontar os sentimentos ambivalentes do paciente (raiva ou depressão).

Reforçar válvulas de escape construtivas para a raiva e a hostilidade.

Promover situações que encorajem a autonomia do paciente.

Auxiliar o paciente a identificar reações positivas dos outros.

Encorajar a identificação de valores específicos de vida.

Investigar com o paciente métodos anteriormente usados para lidar com problemas da vida.

Apresentar o paciente a pessoas (ou grupos) que tiveram sucesso diante das mesmas experiências.

Dar apoio ao uso de mecanismos de defesa apropriados.

Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.

Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha.

Encorajar o paciente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades.

Auxiliar o paciente a identificar metas adequadas de curto e longo prazos.

Auxiliar o paciente a fragmentar metas complexas em etapas menores e controláveis.

Auxiliar o paciente a examinar os recursos disponíveis para alcançar as metas.

Reduzir os estímulos ambientais que possam ser mal-interpretados como ameaçadores.

Avaliar as necessidades/desejos do paciente de apoio social.

Auxiliar o paciente a identificar os sistemas de apoio disponíveis.

Determinar o risco de autoagressão do paciente.

Encorajar o envolvimento da família, conforme apropriado.

Encorajar a família a expressar verbalmente os sentimentos sobre o familiar doente.

Oferecer o treinamento adequado das habilidades sociais.

Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar as mudanças necessárias no estilo de vida ou no desempenho de papéis.

Auxiliar o paciente a solucionar os problemas de forma construtiva.

Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento, se necessário.

Auxiliar o paciente no processo de pesar e a elaborar as perdas por doenças crônicas e/ou incapacitações, se adequado.

Auxiliar o paciente a esclarecer ideias errôneas.

Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Clark S. Nursing diagnosis: Ineffective coping: A theoretical framework. *Heart & Lung*. 1987;16(6):670-675.

Clark S. Nursing diagnosis: Ineffective coping: Planning care. *Heart & Lung*. 1987;16(6):677-683.

Musil C.M., Abraham I.L. Coping, thinking, and mental health nursing: Cognitions and their application to psychosocial intervention. *Issues in Mental Health Nursing*. 1986;8(3):191-201.

Panzarine S. Coping: Conceptual and methodological issues. *Advances in Nursing Science*. 1985;7(4):49-57.

Robinson L. Stress and anxiety. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(4):935-944.

Simons M.R. Interventions related to compliance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):477-494. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Wilberding J.Z. Ineffective individual coping. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:587-594.

ENSINO: atividade/exercício prescritos (5612)

Definição: Preparo do paciente para atingir e/ou manter um nível de atividade prescrito.

Atividades:

- Avaliar o atual nível de exercício do paciente e o que conhece da atividade/exercício prescritos.
- Informar o paciente sobre a finalidade e os benefícios da atividade/exercício prescritos.
- Orientar o paciente sobre como fazer a atividade/exercício prescritos.
- Orientar o paciente sobre como monitorar a tolerância à atividade/exercício.
- Orientar o paciente sobre como manter um diário dos exercícios, conforme apropriado.
- Informar o paciente sobre as atividades apropriadas com base na condição física.
- Orientar o paciente sobre a maneira de evoluir na atividade/exercício em segurança.
- Chamar a atenção do paciente sobre os perigos das capacidades de excesso de estímulos conforme apropriado.
- Alertar o paciente sobre os efeitos do frio e calor extremos, conforme apropriado.
- Orientar o paciente sobre métodos de conservação de energia, conforme apropriado.
- Orientar o paciente sobre como, de forma correta, alongar antes e depois da atividade/exercício e a justificativa disso, conforme apropriado.
- Orientar o paciente sobre como fazer um aquecimento e esfriamento antes e depois da atividade/exercício e a importância disso, conforme apropriado.
- Orientar o paciente sobre a boa postura e a mecânica corporal, conforme apropriado.
- Observar o paciente executando a atividade/exercício prescritos.
- Dar informações sobre dispositivos auxiliares disponíveis que podem ser usados para facilitar o desempenho da habilidade necessária, conforme apropriado.
- Orientar o paciente sobre agrupamento, uso e manutenção de dispositivos auxiliares, conforme apropriado.
- Auxiliar o paciente a incorporar o regime de atividades/exercícios de rotina/estilo de vida diário.
- Auxiliar o paciente a, corretamente, alternar períodos de descanso e atividades.
- Encaminhar o paciente ao fisioterapeuta/terapeuta ocupacional/fisiologista do exercício, conforme apropriado.
- Reforçar as informações de outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.
- Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.
- Dar informações sobre recursos/grupos de apoio disponíveis na comunidade para aumentar a obediência do paciente ao regime de atividade/exercício, conforme apropriado.
- Encaminhar o paciente a centro de reabilitação, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

ENSINO: cuidados com os pés (5603)

Definição: Preparo de paciente de risco e/ou pessoa significativa para oferecer cuidados preventivos dos pés.

Atividades:

Determinar o nível atual de conhecimentos e habilidades relativos aos cuidados dos pés.

Determinar as práticas atuais de cuidados dos pés.

Informar sobre o nível de risco de lesão.

Recomendar o corte das unhas dos pés e cuidados com calos por especialista, conforme apropriado.

Providenciar instruções escritas de cuidados dos pés.

Ajudar a elaborar um plano de levantamento de dados diários dos pés e cuidados em casa.

Determinar a capacidade de realizar os cuidados dos pés (p. ex., acuidade visual, mobilidade física e julgamento).

Recomendar a assistência de pessoa significativa nos cuidados dos pés diante de prejuízo da visão ou problemas de mobilidade.

Recomendar exames diários dos pés em todas as superfícies e entre os dedos em busca de áreas avermelhadas, inchaço, calor, ressecamento, maceração, sensibilidade ou áreas abertas.

Orientar o paciente para usar um espelho ou ter ajuda de outra pessoa para examinar os pés, se necessário.

Recomendar a lavagem diária dos pés com água morna e sabonete suave.

Recomendar a secagem completa dos pés após a lavagem, em especial entre os dedos.

Orientar para hidratar diariamente a pele, imergindo rapidamente ou lavando em água em temperatura ambiente e em seguida aplicar creme/emoliente.

Informar sobre a relação entre neuropatia, lesão e doença vascular e o risco de ulceração e amputação de extremidade inferior em pessoas com diabetes.

Dar conselhos sobre o momento adequado de fazer contato com um profissional da saúde, inclusive diante da presença de lesão que não cicatriza ou infectada.

Aconselhar sobre medidas adequadas de autocuidado de pequenos problemas nos pés.

Alertar sobre fontes potenciais de lesão aos pés (p. ex., calor, frio, corte de joanete e calosidades, substâncias químicas, uso de antissépticos ou adstringentes fortes, uso de esparadrapo e andar descalço, ou usar chinelos ou sapatos abertos).

Orientar sobre a técnica correta de corte das unhas (p. ex., cortar quase reto, acompanhando o contorno da unha, lixando as bordas ásperas).

Orientar sobre os cuidados com calos mais macios, inclusive polimento delicado com material atoalhado ou pedra-pomes

após o banho.

Recomendar cuidados de especialista no caso de unhas grossas por fungos ou encravadas, calos ou joanetes, se indicado.

Descrever os sapatos adequados (p. ex., salto baixo com forma que combine com o formato do pé; profundidade adequada da caixa do sapato; solas de material que absorva choque; ajustável por cordões ou tiras; parte superior feita de material arejado, macio e flexível; mudanças causadas pelo modo de andar e distúrbios de altura dos membros e potencial de mudança, se necessário).

Descrever as meias apropriadas (p. ex., material absorvente e que não apertem).

Recomendar diretrizes a serem seguidas ao comprar sapatos novos, inclusive medir adequadamente os pés e ajustar bem o calçado no momento da compra.

Recomendar o uso dos sapatos novos apenas por algumas horas de cada vez nas primeiras duas semanas.

Orientar para examinar o interior dos sapatos, diariamente, em busca de objetos estranhos, pontas de unha, forros rasgados e áreas ásperas.

Orientar trocas de sapatos duas vezes (p. ex., ao meio-dia e às 17 h) diariamente, para evitar pressão local repetitiva.

Explicar a necessidade de calçados ou calçados ortopédicos receitados, conforme apropriado.

Chamar a atenção sobre atividades causadoras de pressão nos nervos e vasos sanguíneos, inclusive tiras elásticas sobre as meias, ou ato de cruzar as pernas.

Aconselhar a parar de fumar, conforme apropriado.

Incluir a família/pessoas importantes nas orientações, conforme apropriado.

Reforçar as informações dadas por outros profissionais, conforme apropriado.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

American Diabetes Association. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes*. 1998;21(12):2178-2179.

Collier J.H., Kinion E.S., Brodbeck C.A. Evolving role of CNSs in developing risk-anchored preventive interventions. *Clinical Nurse Specialist*. 1996;10(3):131-136. 143

Culleton J.L. Preventing diabetic foot complications. *Postgraduate Medicine*. 1999;106(1):78-84.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Hygiene. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:679-755.

Kruger S., Guthrie D. Foot care: Knowledge retention and self-care practices. *The Diabetes Educator*. 1992;18(6):487-490.

Litzelman D.K., Slemenda C.W., Langefeld C.D., Hays L.M., Welch M.A., Bild D.E., Ford E.S., Vinicor F. Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes. A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*. 1993;119(1):36-41.

Mayfield J.A., Reiber G.E., Sanders L.J., Janise D., Pogach L.M. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care*. 1998;21(12):2161-2177.

Plummer E.S., Albert S.G. Foot care assessment in patients with diabetes: A screening algorithm for patient education and referral. *The Diabetic Educator*. 1995;21(1):47-51.

Reiber G.E., Pecoraro R.E., Koepsell T.D. Risk factors for amputation in patient with diabetes mellitus. A case control study. *Annals of Internal Medicine*. 1992;117(2):97-105.

Definição: Preparação do paciente para seguir corretamente uma dieta prescrita.

Atividades:

- Avaliar o nível atual de conhecimentos do paciente sobre a dieta prescrita.
 - Determinar sentimentos/atitude do paciente/pessoa importante em relação à dieta prescrita e o grau esperado de obediência à dieta.
 - Orientar o paciente sobre o nome correto da dieta prescrita.
 - Explicar a finalidade da dieta.
 - Informar o paciente sobre o tempo em que a dieta deve ser seguida.
 - Orientar o paciente sobre a forma de manter um diário alimentar, conforme apropriado.
 - Orientar o paciente sobre alimentos permitidos e proibidos.
 - Informar o paciente sobre possíveis interações de fármacos/alimentos, conforme apropriado.
 - Ajudar o paciente a incluir as preferências alimentares na dieta.
 - Ajudar o paciente a substituir ingredientes para adequar as receitas favoritas à dieta prescrita.
 - Orientar o paciente sobre a forma de leitura dos rótulos e escolha de alimentos apropriados.
 - Observar a forma como o paciente escolhe os alimentos adequados à dieta prescrita.
 - Orientar o paciente sobre formas de planejar refeições adequadas.
 - Providenciar planos escritos de refeições, conforme apropriado.
 - Recomendar um livro de receitas culinárias que inclua receitas coerentes com a dieta, conforme apropriado.
 - Reforçar informações oferecidas por outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.
 - Encaminhar o paciente para um nutricionista/conselheiro alimentar, conforme apropriado.
 - Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.
- Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

- Craven R.F., Hirnle C.J. Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:941-981.
- Dudek S.G. Nutrition essentials for nursing practice, 5th rev. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1120-1223.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:445-468.
- Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Definição: Ensino aos pais e cuidadores para que proporcionem atividades sensoriais adequadas do ponto de vista do desenvolvimento para a promoção do desenvolvimento e dos movimentos durante os primeiros quatro meses de vida.

Atividades:

Descrever o desenvolvimento normal do bebê.

Ajudar os pais a reconhecer identificadores da prontidão do bebê e suas respostas a estímulos.

Proteger o bebê contra estímulos excessivos.

Ajudar os pais a estabelecer uma rotina de estimulação do bebê.

Orientar os pais/cuidadores a realizar atividades que estimulem o movimento e/ou proporcionem estímulos sensoriais.

Fazer os pais demonstrarem as técnicas aprendidas durante o ensino.

Orientar os pais a promover interações face a face com o bebê.

Orientar os pais a conversar, cantar e sorrir para o bebê enquanto cuidam dele.

Orientar os pais a elogiar o bebê por todas as tentativas de reagir aos estímulos.

Orientar os pais a dizer ao bebê o nome dele com frequência.

Orientar os pais a cochichar para o bebê.

Orientar os pais a encorajar o toque e o abraço do bebê com frequência.

Orientar os pais a responder ao choro segurando o bebê ao colo, balançando-o suavemente, cantando para ele, conversando com ele, andando, reposicionando-o, esfregando/massageando as costas e enrolando-o, conforme apropriado.

Orientar os pais a embalar o bebê na posição de pé ou deitado no berço.

Orientar os pais a dar banho de esponja ou banheira no bebê usando vários movimentos de massagem, com pano de higiene ou esponja macia, dando palmadinhas suaves com toalha macia para secar.

Orientar os pais a massagear o bebê passando loção com movimentos delicados mas firmes.

Orientar os pais a esfregar brinquedos macios no corpo do bebê.

Orientar os pais a encorajar o bebê a sentir texturas diversas e identificá-las para ele.

Orientar os pais a soprar o ar em círculos sobre os braços, as pernas e o umbigo do bebê alerta.

Orientar os pais a encorajar o bebê a agarrar brinquedos macios ou os dedos do cuidador.

Orientar os pais a promover o ato de sacudir chocalhos, encorajando o bebê a seguir o som.

Orientar os pais a oportunizar que o bebê alcance os objetos.

Orientar os pais a encorajar o bebê a acompanhar os objetos mostrados.

Orientar os pais a reposicionar o bebê de hora em hora, a menos que esteja dormindo, colocando-o em cadeirinha especial ou balanço, andador, conforme apropriado.

Orientar os pais a colocar o bebê sobre o umbigo quando acordado para estimular que erga a cabeça.

Orientar os pais a posicionar o bebê de costas, de modo que veja os brinquedos do berço e seja levado a agarrá-los.

Orientar os pais a brincar de esconde-esconde com o bebê.

Orientar os pais a encorajar o bebê a olhar-se no espelho.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Broussard A.B., Kidman S. Incorporating infant stimulation concepts into prenatal classes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1990;19(5):381-387.

Harrison L.L. Effects of early supplemental stimulation programs for premature infants: Review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1985;14(2):125.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Korner A.F. Infant stimulation: Issues of theory and research. *Clinics in Perinatology*. 1990;17(1):173-184.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: estimulação do bebê 5-8 meses (5656)

Definição: Ensino aos pais e cuidadores para que proporcionem atividades sensoriais adequadas do ponto de vista do desenvolvimento para a promoção do desenvolvimento e dos movimentos do quinto ao oitavo mês de vida.

Atividades:

Descrever o desenvolvimento normal do bebê.

Ajudar os pais a identificar as indicações de prontidão e as respostas do bebê a estímulos.

Proteger o bebê contra excesso de estímulos.

Ajudar os pais a montar uma rotina de estimulação do bebê.

Orientar os pais/cuidadores a realizar atividades que estimulem os movimentos e/ou ofereçam estímulos sensoriais.

Fazer os pais demonstrarem as técnicas aprendidas durante o ensino.

Orientar os pais a colocar o bebê sobre o umbigo, deitado, colocando as palmas das mãos sobre as solas dos pés do bebê, empurrando-as delicadamente para baixo.

Orientar os pais a colocar o bebê de pé, no colo do cuidador, movimentando-se de um lado ao outro enquanto o bebê acompanha esses movimentos.

Orientar os pais a encorajar o bebê a deitar-se de costas e a chutar com os pés.

Orientar os pais a deitar o bebê de costas ou sobre o umbigo, ajudando-o a rolar.

Orientar os pais a oportunizar ao bebê a exploração de livros de pano ou plástico macio.

Orientar os pais a apresentar ao bebê as partes do corpo.

Orientar os pais a encorajar o bebê a usar brinquedos para estimular os dentes.

Orientar os pais a brincar de bater as palmas das mãos, deles e do bebê, acompanhando uma canção.

Orientar os pais a brincar de esconder com o bebê.

Orientar os pais a encorajar o bebê a bater nos brinquedos.

Orientar os pais a encorajar a transferência de brinquedos de uma mão para outra.

Orientar os pais a colocar o bebê na cadeira alta, encorajando-o a sentir os alimentos e a alimentar-se.

Orientar os pais a dançar com o bebê enquanto o seguram ereto no colo.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Broussard A.B., Kidman S. Incorporating infant stimulation concepts into prenatal classes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1990;19(5):381-387.

Harrison L.L. Effects of early supplemental stimulation programs for premature infants: Review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1985;14(2):125.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Korner A.F. Infant stimulation: Issues of theory and research. *Clinics in Perinatology*. 1990;17(1):173-184.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: estimulação do bebê 9-12 meses (5657)

Definição: Ensino aos pais e cuidadores para que proporcionem atividades sensoriais adequadas do ponto de vista do desenvolvimento para a promoção do desenvolvimento e dos movimentos do nono ao décimo segundo mês de vida.

Atividades:

Descrever o desenvolvimento normal do bebê.

Ajudar os pais a identificar as indicações de prontidão e as respostas do bebê a estímulos.

Proteger o bebê contra excesso de estímulos.

Ajudar os pais a montar uma rotina de estimulação do bebê.

Orientar os pais/cuidadores a realizar atividades que estimulem os movimentos e/ou ofereçam estímulos sensoriais.

Fazer os pais demonstrarem as técnicas aprendidas durante o ensino.

Orientar os pais a puxar o bebê para se colocar de pé, segurando as mãos para estabilizá-lo.

Orientar os pais a guiar o bebê a andar, segurando-o pelas mãos/punhos, com os braços acima da cabeça.

Orientar os pais a encorajar brincar com bola (p. ex., rolar, agarrar, parar, buscar).

Orientar os pais a introduzir o uso da xícara durante as refeições, ajudando o bebê a agarrá-la e colocá-la na boca.

Orientar os pais a abanar as mãos, como se dessem adeus ao bebê, encorajando-o a imitar os movimentos.

Orientar os pais a levar o bebê a passear pela casa, identificando objetos e peças da casa.

Orientar os pais a brincar de imitar o líder, praticando a imitação dos sons do bebê, de animais ou canções.

Orientar os pais a dizer palavras ao bebê, estimulando-o a repeti-las.

Orientar os pais a demonstrar como remover e recolocar objetos num recipiente.

Orientar os pais a demonstrar como colocar objetos de pé.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Broussard A.B., Kidman S. Incorporating infant stimulation concepts into prenatal classes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1990;19(5):381-387.

Harrison L.L. Effects of early supplemental stimulation programs for premature infants: Review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1985;14(2):125.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Korner A.F. Infant stimulation: Issues of theory and research. *Clinics in Perinatology*. 1990;17(1):173-184.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: grupo (5604)

Definição: Desenvolvimento, implementação e avaliação de programa de ensino do paciente para um grupo de pessoas com a mesma condição de saúde.

Atividades:

Proporcionar um ambiente que leve à aprendizagem.

Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

Estabelecer a necessidade de um programa.

Determinar apoio administrativo.

Determinar o orçamento.

Coordenar recursos na instituição de modo a formar um comitê de planejamento/conselheiros que possa contribuir para resultados positivos para o programa e oferecer um foro que garanta comprometimento com o programa.

Usar recursos da comunidade, conforme apropriado.

Definir a(s) população(ões)-alvo potencial.

Redigir as metas do programa.

Delinear a(s) principal(is) área(s) de conteúdo.

Redigir os objetivos de aprendizagem.

Descrever, por escrito, a tarefa para o coordenador responsável pela educação do paciente.

Escolher um coordenador.

Fazer uma previsão dos materiais educativos disponíveis.

Desenvolver materiais educativos novos, conforme apropriado.

Listar possíveis estratégias de ensino, materiais educativos e atividades de aprendizagem.

Treinar os profissionais que ensinarão, conforme apropriado.

Educar os profissionais sobre o programa de ensino do paciente, conforme apropriado.

Dar uma agenda escrita, incluindo datas, horários e locais das sessões de ensino/aulas para os profissionais e/ou o(s) paciente(s), conforme apropriado.

Determinar os dias/horários adequados para ter um número máximo de pacientes.

Preparar anúncios/memorandos que publiquem os resultados, conforme apropriado.

Controlar o tamanho e as competências do grupo, conforme apropriado.

Orientar o(s) paciente(s)/pessoas importantes sobre o programa educativo e os objetivos que ele se propõe a atingir.

Atender às necessidades especiais dos aprendizes (*i.e.*, acesso a deficientes, oxigênio portátil), conforme apropriado.

Adaptar os métodos/materiais educativos às necessidades/características de aprendizagem do grupo, conforme apropriado.

Dar instrução de grupo.

Avaliar o progresso do paciente no programa e o domínio do conteúdo.

Documentar o progresso do paciente em prontuário médico permanente.

Revisar as estratégias de ensino/atividades de aprendizagem se necessário para aumentar a aprendizagem.

Providenciar formulários ao paciente para que avalie o programa.

Dar mais instrução individualizada se adequado.

Avalia o quanto foram alcançadas as metas do programa.

Comunicar a avaliação do alcance das metas do programa ao comitê de planejamento/conselheiros.

Realizar sessões cumulativas de avaliação para que o comitê de planejamento/conselheiros renove o programa, conforme apropriado.

Documentar a quantidade de pacientes que alcançaram os objetivos de aprendizagem.

Encaminhar o paciente a outros especialistas/instituições para que sejam alcançados os objetivos de aprendizagem, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Bastable S.B. Nurse as educator: Principles of teaching and learning. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1997;264-266.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:446-468.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Redman B.K. Teaching: Theory, and interpersonal techniques. In Redman B.K., editor: *The process of patient education*, 8th ed., St. Louis, MO: Mosby, 1997.

ENSINO: habilidades psicomotoras (5620)

Definição: Preparação do paciente para desempenhar uma habilidade psicomotora.

Atividades:

Demonstrar a habilidade ao paciente.

Dar diretrizes claras e por etapas.

Orientar o paciente a desempenhar a habilidade, realizando uma etapa por vez.

Informar o paciente sobre as razões para desempenhar a habilidade da forma especificada.

Guiar os corpos dos pacientes para que possam vivenciar as sensações físicas que acompanham os movimentos corretos, conforme apropriado.

Dar informações/diagramas escritos, conforme apropriado.

Proporcionar sessões de prática (espaçadas para evitar cansaço, mas com a frequência suficiente para evitar esquecimento excessivo), conforme apropriado.

Dar tempo adequado ao domínio da habilidade.

Observar o paciente mostrar como desempenha a habilidade.

Oferecer *feedback* frequente aos pacientes sobre o que estão fazendo correta e incorretamente, para que não se criem maus hábitos.

Informar sobre dispositivos auxiliares disponíveis que possam ser usados para facilitar o desempenho da habilidade necessária, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre coleta, uso e manutenção dos dispositivos auxiliares, conforme apropriado.

Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:445-468.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

ENSINO: indivíduo (5606)

Definição: Planejamento, implementação e avaliação de um programa de ensino criado para atender a necessidades específicas do paciente.

Atividades:

Estabelecer comunicação.

Estabelecer a credibilidade do professor, conforme apropriado.

Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente.

Avaliar o nível atual de conhecimentos e compreensão do conteúdo pelo paciente.

Avaliar o nível educacional do paciente.

Avaliar capacidades/deficiências cognitivas, psicomotoras e afetivas do paciente.

Determinar a capacidade do paciente para aprender informações específicas (*i.e.*, nível de desenvolvimento, estado psicológico, orientação, dor, cansaço, necessidades básicas não atendidas, estado emocional e adaptação à doença).

Determinar a motivação do paciente para aprender informações específicas (*i.e.*, crenças de saúde, desobediências anteriores, experiências ruins com cuidados de saúde/aprendizagem e metas conflitantes).

Melhorar a prontidão do paciente para aprender, conforme apropriado.

Fixar metas de aprendizagem realistas e recíprocas com o paciente.

Identificar os objetivos de aprendizagem necessários ao alcance das metas.

Determinar a sequência na apresentação do material.

Avaliar o estilo de aprendizagem do paciente.

Selecionar métodos/estratégias de ensino adequadas.

Selecionar materiais educativos apropriados.

Adaptar o conteúdo às capacidades/deficiências cognitivas, psicomotoras e/ou afetivas do paciente.

Ajustar a instrução de modo a facilitar a aprendizagem, conforme apropriado.

Proporcionar um ambiente que leve à aprendizagem.

Orientar o paciente quando convier.

Avaliar o que o paciente conseguiu em relação aos objetivos enunciados.

Reforçar comportamentos, conforme apropriado.

Corrigir interpretações erradas das informações, conforme apropriado.

Dar tempo ao paciente para que faça perguntas e discuta preocupações.

Escolher novos métodos/estratégias de ensino quando as anteriores não tiverem funcionado.

Encaminhar o paciente a outros especialistas/agências para que alcance os objetivos de aprendizagem, conforme apropriado.

Documentar o conteúdo apresentado, os materiais escritos disponibilizados e o que o paciente compreendeu das informações, ou seus comportamentos indicativos de aprendizagem, no prontuário médico permanente.

Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kemp J.E. The instructional design process. New York: Harper & Row, 1990.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:446-468.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Redman B.K. The process of patient education, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

ENSINO: medicamentos prescritos (5616)

Definição: Preparo de um paciente para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos.

Atividades:

Orientar o paciente a reconhecer características diferentes do(s) medicamento(s), conforme apropriado.

Informar o paciente sobre genéricos e de marca de cada medicamento.

Orientar o paciente sobre a finalidade e a ação de cada medicamento.

Explicar como provedores de cuidados de saúde escolhem o medicamento mais adequado.

Orientar o paciente sobre dosagem, via e duração de cada medicamento.

Orientar o paciente sobre a administração/aplicação correta de cada medicamento.

Revisar o que o paciente sabe sobre os medicamentos.

Reconhecer os conhecimentos do paciente sobre medicamentos.

Avaliar a capacidade do paciente para autoadministrar os medicamentos.

Orientar o paciente a realizar os procedimentos necessários antes de tomar medicamentos (p. ex., checar pulso, glicose), conforme apropriado.

Informar o paciente sobre o que fazer ao esquecer uma dose de medicamento.

Orientar o paciente sobre os critérios a usar quando decidir alterar a dose/horário dos medicamentos, conforme apropriado.

Informar o paciente sobre as consequências de não tomar o medicamento ou interrompê-lo repentinamente, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre as precauções específicas a observar ao tomar medicamentos (p. ex., não dirigir/usar equipamento elétrico), conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre os possíveis efeitos secundários adversos de cada medicamento.

Orientar o paciente sobre como aliviar e/ou prevenir alguns efeitos secundários, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre as ações adequadas a fazer se ocorrerem efeitos secundários.

Orientar o paciente sobre sinais e sintomas de *overdose*/dose menor.

Informar o paciente sobre possíveis interações de fármacos/alimentos, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a armazenagem correta do(s) medicamento(s).

Orientar o paciente sobre o cuidado correto dos dispositivos usados para a administração.

Orientar o paciente sobre o descarte correto de agulhas e seringas em casa, conforme apropriado, e onde colocar o recipiente com itens cortantes na comunidade.

Dar ao paciente informações escritas sobre a ação, a finalidade, os efeitos secundários, e assim por diante, dos medicamentos.

Auxiliar o paciente a elaborar uma agenda escrita dos medicamentos.

Orientar o paciente a levar documentos do regime de medicamentos prescrito.

Orientar o paciente a preencher a prescrição, conforme apropriado.

Informar o paciente sobre possíveis mudanças na aparência e/ou dose ao adquirir medicamento genérico prescrito.

Alertar o paciente sobre os riscos associados a tomar medicação com a validade expirada.

Chamar a atenção do paciente a respeito de dar medicamentos prescritos a outras pessoas.

Determinar a capacidade do paciente para conseguir a medicação necessária.

Dar informações sobre reembolso de medicamentos, conforme apropriado.

Dar informações sobre programas/organizações para poupar recursos financeiros ao obter medicamentos e dispositivos, conforme apropriado.

Dar informações sobre dispositivos de alerta dos medicamentos e como consegui-los.

Reforçar as informações dadas por outros membros da equipe de cuidados de saúde, conforme apropriado.

Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Aschenbrenner D.S., Venable S.J. Drug therapy in nursing, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Devine E.C., Reifschneider E. A meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension. *Nursing Research*. 1995;44(4):237-245.

Doak C.C. Teaching patients with low literary skills, 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

Hayes K.S. Randomized trial of geragogy-based medication instruction in the emergency department. *Nursing Research*. 1998;47(4):211-218.

Kleoppel J.W., Henry D.W. Teaching patients, families, and communities about their medications. In: Smith C.E., editor. *Patient education: Nurses in partnership with other health professionals*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1987:271-296.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:445-468.

Proos M., Reiler P., Eagan J., Stengrevices S., Castile J., Arian D. A study of the effects of self-medication on patient's knowledge of and compliance with their medication regimen. *Journal of Nursing Care Quality, Special Report*. 1992:18-26.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Definição: Instrução sobre nutrição e práticas alimentares durante os três primeiros meses de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a alimentar somente com leite materno, ou fórmula para o primeiro ano (nenhum sólido antes de quatro meses).

Orientar os pais/cuidador a sempre segurar o bebê ao oferecer a mamadeira.

Orientar os pais/cuidador a jamais apoiar a mamadeira ou dá-la na cama.

Orientar os pais/cuidador a evitar colocar cereais na mamadeira (apenas a fórmula ou o leite materno).

Orientar os pais/cuidador a limitar a ingestão de água a 14 mL a 28 mL por vez, 112 mL/dia.

Orientar os pais/cuidador a evitar o uso de mel ou xarope de milho.

Orientar os pais/cuidador a permitir a sucção sem finalidades.

Orientar os pais/cuidador a descartar as sobras de fórmula e a limpar a mamadeira após cada refeição.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Barnes L.A., editor. Pediatric nutrition handbook, 3rd ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1993.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby birth to 8 months (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

Formon S.J. Nutrition of normal infants. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Satter E., Sharkey P.B. Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters. Madison, WI: Author, 1997.

ENSINO: nutrição do bebê 4-6 meses (5641)

Definição: Instrução sobre nutrição e práticas alimentares do quarto ao sexto mês de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a apresentar os sólidos (em forma de purê) sem adição de sal ou açúcar.

Orientar os pais/cuidador a introduzir cereais enriquecidos com ferro para o bebê.

Orientar os pais/cuidador a introduzir um novo alimento por vez.

Orientar os pais/cuidador a evitar dar sucos ou bebidas doces.

Orientar os pais/cuidador a alimentar somente com colher.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Barnes L.A., editor. Pediatric nutrition handbook, 3rd ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1993.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby birth to 8 months (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

Formon S.J. Nutrition of normal infants. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Satter E., Sharkey P.B. Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters. Madison, WI: Author, 1997.

ENSINO: nutrição do bebê 7-9 meses (5642)

Definição: Instrução sobre nutrição e práticas alimentares do sétimo ao nono mês de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a introduzir alimentos que possam ser comidos com os dedos, quando o bebê for capaz de sentar.

Orientar os pais/cuidador a introduzir a xícara quando o bebê for capaz de sentar.

Orientar os pais/cuidador a unir o bebê aos familiares à hora das refeições.

Orientar os pais/cuidador a permitir que o bebê comece a se alimentar sozinho e a observar como evitar engasgar-se.

Orientar os pais/cuidador a oferecer líquidos após os sólidos.

Orientar os pais/cuidador a evitar sobremesas doces e bebidas gaseificadas.

Orientar os pais/cuidador a oferecer uma variedade de alimentos, de acordo com a pirâmide alimentar.

Orientar os pais/cuidador a introduzir quantidades limitadas de suco diluído em xícara.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Barnes L.A., editor. Pediatric nutrition handbook, 3rd ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1993.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby 6-12 months (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby birth to 8 months (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

Formon S.J. Nutrition of normal infants. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Satter E., Sharkey P.B. Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters. Madison, WI: Author, 1997.

ENSINO: nutrição do bebê 10-12 meses (5643)

Definição: Instrução sobre nutrição e práticas alimentares do décimo ao décimo segundo mês de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a oferecer três refeições e lanches saudáveis.

Orientar os pais/cuidador a começar o desmame da mamadeira.

Orientar os pais/cuidador a evitar bebidas com frutas e leite com sabor diferente.

Orientar os pais/cuidador a iniciar as refeições à mesa.

Orientar os pais/cuidador a permitir que o bebê se alimente com colher.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Barnes L.A., editor. Pediatric nutrition handbook, 3rd ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1993.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby 6-12 months (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

Formon S.J. Nutrition of normal infants. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Satter E., Sharkey P.B. Elynn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters. Madison, WI: Author, 1997.

ENSINO: nutrição infantil 13-18 meses (5660)

Definição: Instrução sobre nutrição e práticas alimentares do décimo terceiro ao décimo oitavo meses de vida.

Atividades:

Dar aos pais materiais escritos adequados às necessidades de conhecimentos identificadas.

Orientar os pais/cuidador sobre como interromper o uso da mamadeira.

Orientar os pais/cuidador sobre oferecimento de sólidos com alguma textura.

Orientar os pais/cuidador a continuar o uso da colher e da autoalimentação.

Orientar os pais/cuidador a introduzir derivados do leite.

Orientar os pais/cuidador a oferecer lanches saudáveis.

Orientar os pais/cuidador a oferecer porções pequenas e refeições mais frequentes.

Orientar os pais/cuidador a evitar alimentos/bebidas *diet* (p. ex., leite desnatado, refrigerantes *diet*).

Orientar os pais/cuidador a evitar obrigar a comer se a criança está sem apetite.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Barnes L.A., editor. Pediatric nutrition handbook, 3rd ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1993.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby 1-3 years old (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

Formon S.J. Nutrition of normal infants. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

ENSINO: nutrição infantil 19-24 meses (5661)

Definição: Instrução sobre nutrição e práticas alimentares do décimo nono ao vigésimo quarto meses de vida.

Atividades:

Dar aos pais materiais escritos adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador sobre como incentivar a ingerir água quando com sede.

Orientar os pais/cuidador a limitar os líquidos antes das refeições.

Orientar os pais/cuidador a oferecer alimentos com muito ferro e proteína.

Orientar os pais/cuidador a fazer refeições com regularidade e a comer como uma família.

Orientar os pais/cuidador a aumentar ou diminuir os alimentos, conforme apropriado.

Orientar os pais/cuidador a evitar bebidas à base de frutas e leite com sabor.

Orientar os pais/cuidador a ler os rótulos dos alimentos para conhecer o conteúdo nutritivo.

Orientar os pais/cuidador a interromper o uso da mamadeira.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Barnes L.A., editor. Pediatric nutrition handbook, 3rd ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1993.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby 1-3 years old (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

Formon S.J. Nutrition of normal infants. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Satter E., Sharkey P.B. Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters. Madison, WI: Author, 1997.

ENSINO: nutrição infantil de 25-36 meses (5662)

Definição: Instrução sobre nutrição e práticas alimentares do vigésimo quinto ao trigésimo sexto meses de vida.

Atividades:

Dar aos pais materiais escritos adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a proporcionar ao filho escolhas alimentares saudáveis.

Orientar os pais/cuidador sobre como estimular verduras cruas/cozidas.

Orientar os pais/cuidador a oferecer lanches saudáveis entre as refeições.

Orientar os pais/cuidador a ter criatividade no preparo dos alimentos para a criança mais difícil para comer.

Orientar os pais/cuidador a oferecer porções pequenas dos alimentos.

Orientar os pais/cuidador a limitar o conteúdo de gordura nos alimentos.

Orientar os pais/cuidador a levar a criança para participar do preparo dos alimentos.

Orientar os pais/cuidador a oferecer cereais enriquecidos com ferro, evitando os muito açucarados.

Orientar os pais/cuidador a aumentar os alimentos proteicos.

Orientar os pais/cuidador a incluir todos os grupos alimentares.

Orientar os pais/cuidador a evitar o uso do alimento como recompensa.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Barnes L.A., editor. Pediatric nutrition handbook, 3rd ed., Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1993.

California Department of Health Services WIC Supplemental Nutrition Branch. Feeding your baby 1-3 years old (brochure). Sacramento, CA: Author, 1998.

Formon S.J. Nutrition of normal infants. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Satter E., Sharkey P.B. Ellyn Satter's nutrition and feeding for infants and children: Handout masters. Madison, WI: Author, 1997.

ENSINO: pré-operatório (5610)

Definição: Assistência ao paciente para que compreenda e se prepare mentalmente para a cirurgia e o período de recuperação pós-operatório.

Atividades:

Informar o paciente e pessoa(s) importante(s) sobre a data agendada, a hora e o local da cirurgia.

Informar o paciente/pessoa importante sobre a expectativa de tempo da cirurgia.

Determinar experiências cirúrgicas anteriores do paciente e o nível de conhecimentos relativos à cirurgia.

Avaliar a ansiedade em relação à cirurgia do paciente e pessoa(s) importante(s).

Dar tempo para que o paciente faça perguntas e discuta preocupações.

Descrever as rotinas pré-operatórias (p. ex., anestesia, preparo intestinal, dieta, exames/exames laboratoriais, eliminação de urina, preparo da pele, terapia IV, roupas, área de espera dos familiares, transporte à sala cirúrgica), conforme apropriado.

Descrever todos os medicamentos pré-operatórios, seus efeitos no paciente e a justificativa para seu uso.

Informar à pessoa importante o local de espera pelos resultados da cirurgia, conforme apropriado.

Fazer um passeio pela(s) unidade(s) pós-cirúrgica(s) e a(s) área(s) de espera, conforme apropriado.

Apresentar o paciente à equipe que estará envolvida na cirurgia/cuidado pós-operatório, conforme apropriado.

Reforçar a confiança do paciente no envolvimento da equipe, conforme apropriado.

Dar informações sobre o que será escutado, cheirado, o gosto sentido, ou as sensações de tato durante o evento.

Discutir possíveis medidas de controle da dor.

Explicar a finalidade das investigações frequentes no pós-operatório.

Descrever as rotinas/equipamento pós-operatório (p. ex., medicamentos, tratamentos respiratórios, sondas, máquinas, tubo de apoio, curativos cirúrgicos, deambulação, dieta, visita da família) e explicar sua finalidade.

Orientar o paciente sobre a técnica de sair da cama, conforme apropriado.

Avaliar a capacidade do paciente para demonstrar como sair da cama, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a técnica de apoiar a incisão, tossir e respirar profundamente.

Avaliar a capacidade do paciente para demonstrar o apoio à incisão, o tossir e o respirar profundamente.

Orientar o paciente sobre a forma de usar o espirômetro de incentivo.

Avaliar a capacidade do paciente para demonstrar o uso correto do espirômetro de incentivo.

Orientar o paciente sobre a técnica de exercitar as pernas.

Avaliar a capacidade do paciente para demonstrar os exercícios para as pernas.

Enfatizar a importância da deambulação precoce e dos cuidados pulmonares.

Informar o paciente sobre como ele pode auxiliar a recuperação.

Reforçar informações oferecidas por outros membros da equipe de cuidados de saúde, conforme apropriado.

Determinar as expectativas do paciente quanto à cirurgia.

Corrigir expectativas irreais relativas à cirurgia, conforme apropriado.

Dar tempo para que o paciente repasse os eventos que ocorrerão, conforme apropriado.

Orientar o paciente quanto ao uso de técnicas de enfrentamento voltadas ao controle de aspectos específicos da experiência (p. ex., relaxamento, imagens), conforme apropriado.

Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Butcher L. Teaching: Preoperative. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:224-233.

Cipperley J.A., Butcher L.A., Hayes J.E. Research utilization: The development of a preoperative teaching protocol. *MedSurg Nursing*. 1995;4(3):199-306.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Perioperative nursing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:896-935.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Definição: Preparo do paciente para compreender e preparar-se mentalmente para procedimento ou tratamento prescrito.

Atividades:

Informar o paciente/pessoas importante sobre quanto e onde o procedimento/tratamento ocorrerá, conforme apropriado.

Informar o paciente/pessoa importante sobre a expectativa de duração do procedimento/tratamento.

Informar o paciente/pessoa importante sobre quem fará o procedimento/tratamento.

Reforçar a confiança do paciente na equipe envolvida, conforme apropriado.

Determinar a(s) experiência(s) anterior(es) do paciente e o nível de conhecimento relativo ao procedimento/tratamento.

Explicar a finalidade do procedimento/tratamento.

Descrever as atividades do procedimento/tratamento.

Explicar o procedimento/tratamento.

Conseguir/testemunhar o consentimento informado do paciente para o procedimento/tratamento de acordo com a política da instituição, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a forma de cooperar/participar durante o procedimento/tratamento, conforme apropriado.

Envolver a criança no procedimento (segurar a atadura), mas não dar a possibilidade de não fazer o procedimento.

Fazer um passeio pelo local do procedimento/tratamento e a área de espera, conforme apropriado.

Apresentar o paciente à equipe que estará envolvida no procedimento/tratamento, conforme apropriado.

Explicar a necessidade de alguns equipamentos (p. ex., dispositivos de monitoramento) e sua função.

Discutir a necessidade de medidas especiais durante o procedimento/tratamento, conforme apropriado.

Dar informações sobre o que será ouvido, cheirado, gosto sentido, ou sensações físicas durante o evento.

Descrever investigações/atividades pós-procedimento/pós-tratamento e sua justificativa.

Informar os pacientes sobre as formas de ajudar na recuperação.

Reforçar informações dadas por outros membros da equipe de cuidados, conforme apropriado.

Dar um tempo ao paciente para que ele repasse os eventos que ocorrerão, conforme apropriado.

Orientar o paciente para usar as técnicas de enfrentamento voltadas ao controle de aspectos específicos da experiência (p. ex., relaxamento e imagens), conforme apropriado.

Dar elementos recreativos à criança que desviem sua atenção do procedimento.

Dar informações sobre quando e onde os resultados estarão disponíveis e quem irá explicá-los.

Determinar as expectativas do paciente quanto ao procedimento/tratamento.

Corrigir expectativas irreais do procedimento/tratamento, conforme apropriado.

Discutir tratamentos alternativos, conforme apropriado.

Dar tempo ao paciente para que faça perguntas e discuta preocupações.

Incluir a família/pessoa importante, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Monroe D. Patient teaching for x-ray and other diagnostics. *RN*. 1989;52(12):36-40.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:445-468.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

ENSINO: processo da doença (5602)

Definição: Assistência ao paciente para que compreenda as informações relativas a determinado processo de doença.

Atividades:

Avaliar o nível atual de conhecimentos do paciente relativo a determinado processo de doença.

Explicar a fisiopatologia da doença e como tem relação com a anatomia e a fisiologia, conforme apropriado.

Revisar o que o paciente conhece sobre a condição.

Reconhecer o que o paciente sabe da condição.

Descrever os sinais e os sintomas comuns da doença, conforme apropriado.

Investigar com o paciente o que ele já fez para controlar os sintomas.

Descrever o processo da doença, conforme apropriado.

Identificar as possíveis etiologias, conforme apropriado.

Dar informações ao paciente sobre a condição, conforme apropriado.

Identificar as mudanças na condição física para o paciente.

Evitar a tranquilização vazia.

Tranquilizar o paciente acerca da sua condição, conforme apropriado.

Dar à família/pessoa(s) importante(s) informações sobre o progresso do paciente, conforme apropriado.

Informar sobre medidas diagnósticas disponíveis, conforme apropriado.

Discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias para evitar complicações futuras e/ou controlar o processo da doença.

Discutir as opções de terapia/tratamento.

Descrever as razões por trás do controle/terapia/recomendações de tratamento.

Encorajar o paciente a investigar as opções/obter uma segunda opinião, conforme apropriado ou conforme indicação.

Descrever possíveis complicações crônicas, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre medidas para prevenir/minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre medidas de controle/minimização de sintomas, conforme apropriado.

Explicar possíveis recursos/suporte, conforme apropriado.

Encaminhar o paciente a agências/grupos de apoio da comunidade, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre os sinais e sintomas a serem informados ao provedor de cuidados de saúde, conforme apropriado.

Dar telefone(s) a ser(em) usado(s) diante de complicações.

Reforçar as informações dadas por outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Teaching. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:445-468.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

ENSINO: segurança do bebê 0-3 meses (5645)

Definição: Instrução sobre segurança durante os três primeiros meses de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a instalar e usar a cadeirinha para automóveis conforme as instruções do fabricante.

Orientar os pais/cuidador a colocar o bebê de costas para dormir e a manter travesseiros soltos e brinquedos fora do berço.

Orientar os pais/cuidador a usar apenas berços seguros.

Orientar os pais/cuidador a evitar o uso de joias ou correntes/cordões no bebê.

Orientar os pais/cuidador a usar e manter todo o equipamento de forma adequada (p. ex., balanços, andador, cercado para brincar, berço portátil).

Orientar os pais/cuidador a evitar ter o bebê no colo enquanto fumam ou bebem líquidos quentes.

Orientar os pais/cuidador a segurar o bebê quando o alimentam, a evitar apoiar a mamadeira em objetos e a testar sempre a fórmula quanto à temperatura.

Orientar os pais/cuidador a monitorar provedores de cuidados infantis experientes/treinados.

Orientar os pais/cuidado sobre formas de evitar quedas.

Orientar os pais/cuidador a testar a temperatura da água do banho.

Orientar os pais/cuidador a manter os animais de estimação a uma distância segura do bebê.

Orientar os pais/cuidador a jamais sacudir, jogar para o alto ou balançarem o bebê.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Pediatrics. Birth to 6 months: Safety for your child (Brochure). Elk Grove Village, IL: Author, 1994.

California Center for Childhood Injury Prevention. Safe home assessment program. San Diego, CA: Author, 1997.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning (brochure). Sacramento, CA: Author, 1994.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: segurança do bebê 4-6 meses (5646)

Definição: Instrução sobre segurança do quarto ao sexto mês de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a evitar o uso de andadores ou equipamento que levem o bebê a fazer movimentos como de saltos (*junper*) devido ao perigo de lesão e efeitos prejudiciais no desenvolvimento dos músculos.

Orientar os pais/cuidador a jamais deixar o bebê sozinho no banho, no carrinho do supermercado, na cadeira alta, no sofá etc.

Orientar os pais/cuidador a avaliar os brinquedos presos no berço.

Orientar os pais/cuidador a usar uma cadeira alta segura, quando o bebê conseguir sentar.

Orientar os pais/cuidador a alimentar o bebê somente com alimentos macios ou esmagados.

Orientar os pais/cuidador a retirar objetos pequenos do alcance do bebê.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Pediatrics. 6 to 12 months: Safety for your child (Brochure). Elk Grove Village, IL: Author, 1994.

American Academy of Pediatrics. Birth to 6 months: Safety for your child (Brochure). Elk Grove Village, IL: Author, 1994.

California Center for Childhood Injury Prevention. Safe home assessment program. San Diego, CA: Author, 1997.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning (brochure). Sacramento, CA: Author, 1994.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

ENSINO: segurança do bebê 7-9 meses (5647)

Definição: Instrução sobre segurança do sétimo ao nono mês de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a evitar fontes de envenenamento por chumbo.

Orientar os pais/cuidador a manter itens perigosos fora do alcance da criança.

Orientar os pais/cuidador a providenciar barreiras para áreas perigosas.

Orientar os pais/cuidador a supervisionar a atividade do bebê o tempo inteiro.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Pediatrics. 6 to 12 months: Safety for your child (Brochure). Elk Grove Village, IL: Author, 1994.

California Center for Childhood Injury Prevention. Safe home assessment program. San Diego, CA: Author, 1997.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning (brochure). Sacramento, CA: Author, 1994.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: segurança do bebê 10-12 meses (5648)

Definição: Instrução sobre segurança do décimo ao décimo segundo mês de vida.

Atividades:

Dar materiais escritos aos pais adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a oferecer proteção contra mobiliário de vidro, bordas afinadas, mobiliário sem estabilidade e dispositivos.

Orientar os pais/cuidador a armazenar todos os itens de limpeza, medicamentos e produtos de cuidado pessoal longe do alcance das crianças.

Orientar os pais/cuidador a usar trancas à prova de crianças nos armários da cozinha.

Orientar os pais/cuidador a evitar o acesso da criança a janelas em andar superior da moradia, sacadas e escadas.

Orientar os pais/cuidador a manter o bebê afastado de lagos, piscinas, vasos sanitários e recipientes com líquido para evitar afogamento.

Orientar os pais/cuidador a selecionar brinquedos conforme as recomendações do fabricante quanto à faixa etária.

Orientar os pais/cuidador a garantir múltiplas barreiras até a área de piscina/banheira com água quente.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

- American Academy of Pediatrics. 1 to 2 years: Safety for your child (Brochure). Elk Grove Village, IL: Author, 1994.
- American Academy of Pediatrics. 6 to 12 months: Safety for your child (Brochure). Elk Grove Village, IL: Author, 1994.
- California Center for Childhood Injury Prevention. Safe home assessment program. San Diego, CA: Author, 1997.
- California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning (brochure). Sacramento, CA: Author, 1994.
- Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.
- Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.
- Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: segurança infantil 13-18 meses (5665)

Definição: Instruções sobre segurança do décimo terceiro ao décimo oitavo meses de vida.

Atividades:

Dar aos pais materiais escritos adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a supervisionar a criança em ambientes externos.

Orientar os pais/cuidador a educar a criança sobre os perigos de atirar coisas e atingir coisas e pessoas.

Orientar os pais/cuidador a evitar o acesso a tomadas elétricas, fios elétricos e equipamentos/dispositivos/instrumentos elétricos.

Orientar os pais/cuidador a guardar armas e itens assemelhados trancados com chave ou outro elemento.

Orientar os pais/cuidador a educar a criança sobre formas seguras de interagir com os animais de estimação.

Orientar os pais/cuidador a trancar portas/portões para evitar o acesso da criança a áreas perigosas (p. ex., ruas, vias para automóveis, piscinas).

Orientar os pais/cuidador a descartar e/ou retirar portas de refrigeradores sem uso, *freezers* e outros recipientes selados a ar.

Orientar os pais/cuidador a usar os queimadores mais afastados do fogão, instalar protetores de acendedores de fogão e/ou limitar o acesso da criança à cozinha.

Orientar os pais/cuidador a ajustar a temperatura do aquecedor de água da casa entre 34,6° e 40,2° C.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

- American Academy of Pediatrics. 1 to 2 years: Safety for your child (brochure). Elk Grove, IL: Author, 1994.
- American Academy of Pediatrics. 2 to 4 years: Safety for your child (brochure). Elk Grove, IL: Author, 1994.
- California Center for Childhood Injury Prevention. Safe home assessment program. San Diego, CA: Author, 1997.
- California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning (brochure). Sacramento, CA: Author, 1994.
- Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.
- Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

ENSINO: segurança infantil 19-24 meses (5666)

Definição: Instruções sobre segurança do décimo nono ao vigésimo quarto meses de vida.

Atividades:

Dar aos pais materiais escritos adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a instalar a cadeirinha para automóveis e a usá-la conforme as recomendações do fabricante.

Orientar os pais/cuidador a armazenar objetos, dispositivos e itens de cozinha afiados longe do alcance da criança.

Orientar os pais/cuidador a orientar a criança sobre os perigos da rua.

Orientar os pais/cuidador a armazenar todos os itens de limpeza, medicamentos e produtos de cuidado pessoal longe do alcance da criança.

Orientar os pais/cuidador a garantir múltiplas barreiras a piscinas/banheira com água quente.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Pediatrics. 1 to 2 years: Safety for your child (brochure). Elk Grove, IL: Author, 1994.

American Academy of Pediatrics. 2 to 4 years: Safety for your child (brochure). Elk Grove, IL: Author, 1994.

California Center for Childhood Injury Prevention. Safe home assessment program. San Diego, CA: Author, 1997.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning (brochure). Sacramento, CA: Author, 1994.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: segurança infantil 25-36 meses (5667)

Definição: Instruções sobre segurança do vigésimo quinto ao trigésimo sexto meses de vida.

Atividades:

Dar aos pais materiais escritos adequados às necessidades de conhecimento identificadas.

Orientar os pais/cuidador a instruir a criança sobre os perigos das armas.

Orientar os pais/cuidador a selecionar os brinquedos de acordo com as recomendações do fabricante.

Orientar os pais/cuidador a oferecer supervisão e a orientar sobre o uso de brincadeiras de escalada e brinquedos tipo bicicleta.

Orientar os pais/cuidador a armazenar fósforos/isqueiros longe do alcance da criança e a orientá-la sobre os perigos do fogo e dos itens que possam iniciá-los.

Orientar os pais/cuidador a sempre supervisionar a criança nas proximidades de piscinas, lagos, banheiras com água quente.

Orientar os pais/cuidador a orientar a criança sobre perigos que possam vir de pessoas estranhas e sobre o jeito de tocar benéfico e maléfico.

Orientar os pais/cuidador a providenciar capacete aprovado para a criança andar de bicicleta e a orientá-la a sempre usá-lo.

Orientar os pais/cuidador a evitar o acesso da criança a janelas em andar superior, sacadas e escadas.

Orientar os pais/cuidador a supervisionar atentamente a criança em locais públicos.

Orientar os pais/cuidador a instruir a criança sobre forma de obter ajuda de adultos ao se sentir assustada ou em perigo.
Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Pediatrics. 2 to 4 years: Safety for your child (brochure). Elk Grove, IL: Author, 1994.

California Center for Childhood Injury Prevention. Safe home assessment program. San Diego, CA: Author, 1997.

California Department of Health Services Childhood Lead Poisoning Prevention Branch. Lead: Simple things that you can do to prevent childhood lead poisoning (brochure). Sacramento, CA: Author, 1994.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

ENSINO: sexo seguro (5622)

Definição: Oferecimento de instruções sobre proteção sexual durante atividade sexual.

Atividades:

Discutir as atitudes do paciente relativas aos vários métodos de controle da natalidade.

Orientar o paciente sobre o uso de métodos eficientes de controle da natalidade, conforme apropriado.

Incorporar crenças religiosas às discussões de controle da natalidade, conforme apropriado.

Discutir a abstenção como um meio de controlar a natalidade, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a ser seletivo ao escolher parceiros sexuais, conforme apropriado.

Acentuar a importância de conhecer o histórico sexual do parceiro, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre práticas sexuais de baixo risco, como as que evitam penetração do corpo ou troca de líquidos corporais, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a importância de uma boa higiene, lubrificação e ato de urinar após o intercuro, para reduzir a suscetibilidade a infecções.

Reforçar o uso de preservativos.

Orientar o paciente sobre como escolher preservativos e mantê-los intactos, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a aplicação e a remoção corretas dos preservativos, conforme apropriado.

Discutir com o paciente formas de convencer o parceiro a usar preservativos.

Instruir o paciente sobre produtos espermicidas capazes de interromper doenças sexualmente transmitidas, conforme apropriado.

Dar ao paciente preservativos/produtos espermicidas, conforme apropriado.

Estimular o paciente com alto risco de doenças sexualmente transmissíveis a fazer exames regulares.

Encaminhar paciente com problema ou questionamentos sexuais a provedor de saúde adequado, conforme apropriado.

Planejar aulas de educação sexual para grupos de pacientes, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Andrist L.C. Taking a sexual history and educating clients about safe sex. *Nursing Clinics of North America*. 1988;23(4):959-973.

Dirubbo N.E. The condom barrier. *American Journal of Nursing*. 1987;98(10):1306-1309.

Hajagos K., Geiser P., Parker B., Tesfa A. Safer-sex education for persons with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1998;36(8):33-39.

Lewis H.R., Lewis M.E. What you and your patients need to know about safer sex. *RN*. 1987;50(9):53-55. 56, 59

Pillitteri A. Reproductive and sexual health. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:65-101.

ENSINO: sexualidade (5624)

Definição: Assistência a indivíduos para que compreendam a dimensão física e psicossocial do crescimento e desenvolvimento sexuais.

Atividades:

Criar uma atmosfera de aceitação e sem julgamentos.

Explicar a anatomia e a fisiologia humanas do corpo do homem e da mulher.

Explicar a anatomia e a fisiologia da reprodução humana.

Discutir os sinais de fertilidade (relativos à ovulação e ao ciclo menstrual).

Explicar o desenvolvimento emocional durante a infância e a adolescência.

Facilitar a comunicação entre a criança, o adolescente e os pais.

Dar apoio ao papel dos pais como educadores sexuais primários dos filhos.

Educar os pais sobre crescimento e desenvolvimento sexuais ao longo da vida.

Dar aos pais bibliografia sobre educação sexual.

Discutir valores, como consegui-los e seu efeito nas escolhas de vida.

Facilitar a percepção da criança e do adolescente sobre a influência da família, dos amigos, da sociedade e da mídia sobre os valores.

Usar perguntas adequadas que ajudem a criança e o adolescente a refletir sobre o que seja pessoalmente importante.

Discutir as pressões dos amigos e da sociedade para que tenha uma atividade sexual.

Investigar o sentido dos papéis sexuais.

Discutir o comportamento sexual e as formas adequadas de expressar os próprios sentimentos e necessidades.

Informar as crianças e os adolescentes dos benefícios de adiar a atividade sexual.

Educar crianças e adolescentes sobre as consequências negativas da paternidade precoce (p. ex., pobreza e perda de oportunidades de educação e vida profissional).

Ensinar crianças e adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Promover a responsabilidade pelo comportamento sexual.

Discutir os benefícios da abstinência.

Informar crianças e adolescentes sobre contraceptivos eficientes.

Instruir sobre o acesso a contraceptivos e a forma de consegui-los.

Auxiliar os adolescentes na escolha do contraceptivo adequado, conforme apropriado.

Facilitar o desempenho de papéis em que habilidades para tomar decisões e para comunicar-se de forma assertiva possam ser praticadas para resistir à pressão dos amigos e da sociedade para ter atividade sexual.

Melhorar a autoestima por meio da modelagem de papéis dos amigos e do desempenho de papéis.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Howard M., McCabe J. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*. 1990;22(1):21-26.

Kirby D., Barth R., Leland N., Fetro J. Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*. 1991;23(6):253-263.

Pillitteri A. Reproductive and sexual health. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:65-101.

Roth B. Fertility awareness as a component of sexuality education. *Nurse Practitioner*. 1993;18(3):40-53.

Smith M. Pediatric sexuality: Promoting normal sexual development in children. *Nurse Practitioner*. 1993;18(8):37-44.

Stevens-Simon C. Clinical applications of adolescent female sexual development. *Nurse Practitioner*. 1993;18(12):18-29.

Vincent M.L., Clearie A.F., Schluchter M.D. Reducing adolescent pregnancy through school and communitybased education. *Journal of American Medical Association*. 1987;257(24):3382-3385.

ENSINO: treinamento dos esfínteres (5634)

Definição: Instruções sobre como determinar a prontidão da criança e estratégias que a ajudem a aprender habilidades de independência no uso do sanitário.

Atividades:

Orientar os pais sobre a forma de determinar a prontidão física do filho para o treinamento dos esfínteres (p. ex., a criança está com, no mínimo, 18 a 24 meses de vida; evidências de ser capaz de conter a urina até eliminá-la; reconhece a urgência de urinar/defecar ou que acaba de urinar/defecar; mostra certa regularidade nos padrões de eliminação; capacidade de ir até o vaso sanitário/penico, sentar-se nele e sair dele quando pronta; capacidade de tirar e recolocar as roupas antes e depois da eliminação; capacidade de fazer a higiene íntima e de lavar as mãos após a eliminação).

Orientar os pais sobre a forma de determinar a prontidão psicossocial do filho para o treinamento dos esfínteres (p. ex.,

a criança mostra interesse em participar/cooperar com o treinamento dos esfíncteres e deseja fazer isso; tem vocabulário para comunicar a necessidade de eliminar; está ansiosa em agradar os pais; imita os comportamentos dos outros).

Orientar os pais sobre a forma de determinar a prontidão dos pais/família para o treinamento dos esfíncteres (p. ex., os pais têm conhecimentos e tempo a dedicar ao processo de treinamento; pais/família não estão passando por transições importantes durante o processo, ou logo após o processo, como mudança profissional ou de endereço, divórcio, nascimento de outro filho; têm expectativas realistas quanto ao desenvolvimento do filho e o tempo e a energia necessários para a realização bem-sucedida do processo; compreendem que a criança pode regredir em momentos de estresse ou doença).

Informar sobre estratégias que promovam o treinamento dos esfíncteres.

Informar sobre como vestir a criança com roupas mais soltas e fáceis de serem retiradas.

Informar sobre como concordar com o vocabulário a ser usado no processo de treinamento.

Informar sobre oportunidades de a criança observar os outros durante o processo de uso do vaso sanitário.

Informar sobre como levar a criança até o penico para apresentá-la ao equipamento e ao processo.

Informar sobre como levar a criança até o penico, com regularidade, estimulando-a a sentar-se nele.

Informar sobre como reforçar o sucesso da criança em qualquer parte do processo.

Informar sobre como levar em conta o temperamento ou estilo de comportamento da criança ao planejar as estratégias.

Informar sobre o que esperar e ignorar acidentes.

Informar sobre como comunicar as estratégias, expectativas e progresso a outros cuidadores.

Apoiar os pais ao longo do processo.

Estimular os pais a serem flexíveis e criativos no desenvolvimento e implementação de estratégias de treinamento.

Dar informações adicionais, quando solicitadas ou necessárias.

Quarta edição 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Brazelton T.B., Christophersen E.R., Frauman A.C., Gorski P.A., Poole J.M., Stradtler A.C., Wright C.D. Instruction, timelines, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics*. 1999;103(6):1353-1358.

Doran J., Lister A. Toilet training: Meeting the needs of children and parents. *Community Practitioner*. 1998;71(5):179-180.

Kinservik M.A., Friedhoff M.M. Control issues in toilet training. *Pediatric Nursing*. 2000;26(3):267-274.

Hockenberry M.J. Wong's nursing care for infants and children, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Hockenberry M.J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Stadtler A.C., Gorski P.A., Brazelton T.B. Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. *Pediatrics*. 1999;103(6):1359-1361.

ESCUTAR Ativamente (4920)

Definição: Atenção criteriosa e atribuição de significado às mensagens verbais e não verbais de um paciente.

Atividades:

Estabelecer o propósito da interação.

Demonstrar interesse pelo paciente.

Usar perguntas ou declarações para estimular a expressão de ideias, sentimentos e preocupações.

Focalizar-se totalmente na interação, suprimindo preconceitos, tendências, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações.

Evidenciar percepção e sensibilidade às emoções.

Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação (p. ex., estar atento a atitudes físicas que transmitam mensagens não verbais).

Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, tanto quanto para o conteúdo da conversa.

Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas.

Ficar atento à tonalidade, tempo, volume e inflexão da voz.

Identificar os temas predominantes.

Determinar o sentido da mensagem refletindo sobre atitudes, experiências passadas e situação atual.

Responder após um tempo de modo a refletir e compreender a mensagem recebida.

Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e *feedback*.

Verificar a compreensão das mensagens por meio de perguntas ou *feedback*.

Usar uma série de interações para descobrir o significado do comportamento.

Evitar barreiras ao escutar ativamente (p. ex., minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, conversar sobre si mesmo e encerrar prematuramente).

Usar o silêncio/escuta para estimular a manifestação de sentimentos, pensamentos e preocupações.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Audio Visual Campus. Active listening [Video]. San Diego: Levitz Sommer Productions, 1993.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:336-338.

Deering C. Therapeutic relationships and communication. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:53-58.

Helms J. Active listening. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1985:328-337.

Johnson B.S. Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth/pocket guide to psychiatric nursing interventions, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1993:65-68.

Promoção de ESPERANÇA (5310)

Definição: Melhora da crença na própria capacidade de iniciar e manter ações.

Atividades:

Auxiliar o paciente/família a identificar razões de esperança na vida.

Informar o paciente sobre ser ou não temporária a situação atual.

Demonstrar esperança, reconhecendo o valor intrínseco do paciente e a visão de sua doença como apenas um aspecto de si mesmo.

Ampliar o repertório de mecanismos de enfrentamento do paciente.

Ensinar o paciente a reconhecer a realidade levantando dados sobre a situação e fazendo planos contingenciais.

Auxiliar o paciente a estabelecer e revisar metas relativas ao objeto de sua esperança.

Auxiliar o paciente a expandir sua espiritualidade.

Evitar mascarar a verdade.

Facilitar a incorporação por parte do paciente, de uma perda pessoal em sua imagem corporal.

Facilitar ao paciente/família a lembrança e a apreciação de conquistas e experiências passadas.

Enfatizar os relacionamentos duradouros, mencionando os nomes de entes queridos no caso de paciente que não responde.

Empregar a revisão e/ou reminiscência orientada de vida, conforme apropriado.

Envolver ativamente o paciente, em seu próprio cuidado.

Desenvolver um plano de cuidado que envolva um grau de obtenção de meta, partindo das mais simples às mais complexas.

Encorajar relações terapêuticas com as pessoas importantes.

Ensinar à família os aspectos positivos da esperança (p. ex., desenvolver temas significativos em conversas que reflitam amor e interesse pelo paciente).

Oferecer oportunidades ao paciente/família para se envolverem em grupos de apoio.

Criar um ambiente que facilite ao paciente a prática religiosa, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Brown P. The concept of hope: Implications for care of the critically ill. *Critical Care Nurse*. 1989;9(5):97-105.

Forbes S.B. Hope: An essential human need in the elderly. *Journal Gerontological Nursing*. 1994;20(6):5-10.

Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*. 1990;15:1250-1259.

Miller J.F. Inspiring hope. In: Miller J.F., editor. *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2000:523-546.

Pilkington F.B. The many facets of hope. In: Parse R.R., editor. *Hope: An international human becoming perspective*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 1999:9-44.

Poncar P.J. Inspiring hope in the oncology patient. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1994;32(1):33-38.

Snyder C.R., Symptom S.C., Ybasco F.C., Borders T.F., Babyak M.A., Higgins R.L. Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996;2:321-335.

Apoio ESPIRITUAL (5420)

Definição: Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.

Atividades:

Usar a comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidados com empatia.

Usar os instrumentos para monitorar e avaliar o bem-estar individual, conforme apropriado.

Estimular o indivíduo a revisar a vida passada, concentrando-se em eventos e relações que tenham proporcionado força e suporte espirituais.

Tratar a pessoa com dignidade e respeito.

Encorajar a revisão da vida pela lembrança.

Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros.

Oferecer privacidade e períodos de calma para atividades espirituais.

Estimular a participação em grupos de apoio.

Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imagem orientada.

Compartilhar as próprias crenças sobre sentido e propósito, conforme apropriado.

Compartilhar a própria perspectiva espiritual, conforme apropriado.

Criar oportunidade para discussão de vários sistemas de crença e visões de mundo.

Estar aberto a expressões individuais de preocupações.

Organizar visitas de conselheiro espiritual individual.

Rezar com a pessoa.

Proporcionar música, literatura, ou programas de rádio ou TV espirituais ao indivíduo.

Estar aberto a expressões individuais de solidão e impotência.

Encorajar a frequência a reuniões espirituais, se desejado.

Encorajar o uso de recursos espirituais, quando desejado.

Proporcionar os artigos espirituais desejados, de acordo com preferências pessoais.

Encaminhar para conselheiro espiritual conforme a preferência do indivíduo.

Usar técnicas de esclarecimento de valores para ajudar a pessoa a esclarecer crenças e valores, conforme apropriado.

Estar disponível para ouvir os sentimentos individuais.

Expressar empatia com os sentimentos individuais.

Facilitar o uso da meditação, da oração e de outras tradições e rituais religiosos pelo indivíduo.

Escutar com atenção a comunicação do indivíduo e desenvolver um senso de momento certo para a oração e os rituais

espirituais.

Garantir ao indivíduo que o enfermeiro estará disponível para apoiá-lo em momentos de sofrimento.

Estar aberto aos sentimentos da pessoa sobre doença e morte.

Ajudar o indivíduo expressar e aliviar a raiva adequadamente.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Dossey B.M. Attending to holistic care. *American Journal of Nursing*. 1998;98(8):35-38.

Harvey S.A. S.C.A.L.E. — Spiritual care at life's end: A multi-disciplinary approach to end-of-life issues in a hospital setting. *Medical Reference Services Quarterly*. 2001;20(4):63-71.

Hermann C.P. Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*. 2001;28(1):67-72.

LeMone P. Spiritual distress. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:782-793.

Maddox M. Spiritual assessments in primary care. *The Nurse Practitioner*. 2002;27(2):12. 14

Meraviglia M.G. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17(1):18-33.

Sumner C.H. Recognizing and responding. *American Journal of Nursing*. 1998;98(1):26-30.

Vandenbrink R.A. Spiritual assessment: Comparing the tools. *Journal of Christian Nursing*. 2001;18(3):24-27.

Van Dover L.J., Bacon J.M. Spiritual care in nursing practice: A close-up view. *Nursing Forum*. 2001;36(3):18-30.

Facilitação do Crescimento ESPIRITUAL (5426)

Definição: Facilitação do crescimento da capacidade de pacientes para identificar, fazer uma conexão e chamar a fonte de sentido, finalidade, conforto, fortalecimento e esperança em suas vidas.

Atividades:

Demonstrar uma presença de carinho e conforto, passando tempo com o paciente, a família dele e pessoas importantes.

Incorajar um diálogo que auxilie o paciente a excluir preocupações espirituais.

Modelar habilidades saudáveis de relacionar e raciocinar.

Ajudar o paciente a identificar barreiras e atitudes que impeçam o crescimento ou a autodescoberta.

Oferecer suporte com orações individuais e em grupo, conforme apropriado.

Incorajar a participação em serviços de devoção, retratação e programas especiais de oração/estudo.

Promover relações com os outros para companheirismo e serviços.

Estimular o uso das celebrações e rituais espirituais.

Estimular o exame, pelo paciente, de seu compromisso espiritual com base em crenças e valores.

Proporcionar um ambiente que reforce uma atitude meditativa/contemplativa em relação à autorreflexão.

Ajudar o paciente a investigar as crenças como relacionadas à cura corporal, mental e espiritual.

Encaminhar para grupos de apoio, autoajuda mútua ou outros programas de base espiritual, conforme apropriado.

Encaminhar para cuidados religiosos ou cuidador espiritual primário, conforme os assuntos.

Encaminhar para encontrar orientação e apoio adicionais para conectar corpo, mente e espírito, se necessário.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Carson V.B. Spirituality: Generic or Christian. *Journal of Christian Nursing*. 1993;4:24-27.

Craven R.F., Hirnle C.J. Spiritual health. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1381-1403.

Hawks S., Hull M., Thalman R., Ridhins P.M. Review of spiritual health: Definition, role, & intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1995;9(5):371-377.

Oldnall A. A critical analysis of nursing: Meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;23:138-144.

Reed P.G. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Applied Nursing Research*. 1991;4(3):122-128.

Reed P.G. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*. 1992;15:349-357.

Schnorr M.A. Spiritual caregiving: A key component of parish nursing. In: Solari-Twadell P.A., Djupe A.M., McDermott M.A., editors. *Parish nursing: The developing practice*. Park Ridge, IL: National Parish Nurse Resource Center, 1990.

Redução do ESTRESSE por Mudança (5350)

Definição: Assistência a indivíduo no preparo e enfrentamento de mudança de um ambiente a outro.

Atividades:

Investigar se o indivíduo já passou por mudanças.

Incluir o indivíduo nos planos de mudança, conforme apropriado.

Investigar o que é mais importante na vida da pessoa (p. ex., família, amigos, objetos pessoais).

Encorajar a pessoa e a família a conversarem sobre preocupações com a mudança.

Investigar com a pessoa estratégias anteriores de enfrentamento.

Estimular o uso de estratégias de enfrentamento.

Avaliar a necessidade/desejo individual de apoio social.

Avaliar os sistemas de apoio disponíveis (p. ex., família estendida, envolvimento na comunidade, filiações religiosas).

Designar um „companheiro” para a pessoa, ajudando-o a familiarizar-se com o novo ambiente.

Encorajar a pessoa e/ou família a buscar conselhos, conforme apropriado.

Tomar providências para que os itens pessoais do indivíduo estejam no local antes da mudança.

Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas fisiológicos e psicológicos de mudança de endereço (p. ex., anorexia, ansiedade, depressão, aumento de demandas e desesperança).

Oferecer atividades de lazer (p. ex., envolvimento em passatempos, atividades normais).

Ajudar a pessoa a passar pelo luto/pesar e a elaborar as perdas da casa dos amigos, e da independência.

Avaliar o impacto da ruptura do estilo de vida, da perda da casa e da adaptação ao novo ambiente.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Castle N.G. Relocation of the elderly. *Medical Care Research & Review*. 2001;58(3):291-333.

Jackson B., Swanson C., Hicks L.E., Prokop L., Laughlin J. Bridge of continuity from hospital to nursing home Part II: Reducing relocation stress syndrome and interdisciplinary guide. *Continuum 2000*. 2000;20(1):9-14.

Morse D.L. Relocation stress syndrome is real. *American Journal of Nursing*. 2000;100(8):24AAAA. 24BBBB, 24DDDD

Puskar K.R., Rohay J.M. School relocation and stress in teens. *Journal of School Nursing*. 1999;15(1):16-21.

Reed J., Morgan D. Discharging older people from hospital to care home: Implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(4):819-825.

Tratamento do Trauma de ESTUPRO (6300)

Definição: Oferecimento de apoio físico e emocional logo após informação de estupro.

Atividades:

Providenciar que a pessoa de apoio permaneça com o paciente.

Explicar os procedimentos legais disponíveis para o paciente.

Explicar o protocolo para estupro e conseguir o consentimento para sua implementação.

Documentar se o paciente tomou banho de chuveiro, usou uma ducha ou tomou banho de banheira desde o incidente.

Documentar o estado mental, o estado físico (roupas, sujeira e resíduos), história do incidente, evidências de violência e histórico ginecológica anterior.

Determinar a presença de cortes, contusões, sangramento, lacerações e outros sinais de lesão física.

Implementar o protocolo para estupro (p. ex., etiquetar e guardar as roupas manchadas, as secreções vaginais e pelos encontrados na vagina).

Guardar as amostras como evidência legal.

Implementar aconselhamento de intervenção em crise.

Oferecer medicamentos para evitar a gravidez, conforme apropriado.

Oferecer medicamento antibiótico profilático contra doenças venéreas.

Informar a paciente sobre o exame HIV, conforme apropriado.

Dar instruções escritas claras sobre uso de medicamentos, serviços de apoio em crises e suporte legal.

Encaminhar o paciente para programa de defesa em casos de estupro.

Documentar conforme a política da instituição.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Boyd M.R. Caring for abused persons. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;

- Burgess A.W., Fehder W.P., Hartman C.R. Delayed reporting of the rape victim. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1995;33(9):21-29.
- Fishwick N., Parker B., Campbell J.C. Care of survivors of abuse and violence. In Stuart G.W., Laraia M.T., editors: *Principles and practice of psychiatric nursing*, 8th ed., St. Louis, MO: Mosby, 2005.
- Haddix-Hill K. The violence of rape. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1997;9(2):167-174.
- Morrison G., Butcher H.K. Rape trauma syndrome. In: McFarland G.K., McFarlane E.A., editors. *Nursing diagnoses and interventions: Planning for patient care*. 3rd. ed. St. Louis, MO: Mosby; 1997:764-786.

Assistência em EXAMES (7680)

Definição: Oferecer assistência ao paciente e a outros provedores de cuidado à saúde durante um procedimento ou exame.

Atividades:

Assegurar o preenchimento do consentimento, conforme apropriado.

Explicar as causas do procedimento.

Dar informações que preparem os sentidos, conforme apropriado.

Usar linguagem adequada ao desenvolvimento quando explicar os procedimentos a crianças.

Garantir a disponibilidade de equipamento e medicamentos de emergência antes do procedimento.

Reunir o equipamento adequado.

Manter equipamento ameaçador longe da visão, conforme apropriado.

Oferecer ambiente privativo.

Incluir os pais/pessoas importantes, conforme apropriado.

Posicionar e cobrir o paciente, conforme apropriado.

Conter o paciente, conforme apropriado.

Explicar a necessidade do uso de contenções, conforme apropriado.

Preparar o local do procedimento, conforme apropriado.

Manter precauções universais.

Manter técnica asséptica rígida, conforme apropriado.

Explicar todas as etapas do procedimento ao paciente.

Monitorar a condição do paciente durante o procedimento.

Oferecer apoio emocional ao paciente, conforme indicação.

Oferecer distração ao paciente durante o procedimento, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a manter a posição durante o procedimento.

Reforçar o comportamento esperado durante o exame de uma criança.

Facilitar o uso de equipamentos, conforme apropriado.

Registrar quantidade e aspecto dos líquidos removidos, conforme apropriado.

Coletar, rotular e organizar o transporte de amostras, conforme apropriado.

Providenciar cuidados e curativo no local, conforme apropriado.

Garantir a realização de exames de acompanhamento (p. ex., radiografia).

Orientar o paciente sobre cuidados após o procedimento.

Monitorar o paciente após o procedimento, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Manion J. Preparing children for hospitalization, procedures or surgery. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*.

Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:74-92.

Millar S., Sampson L.K., Soukup S.M. AACN procedure manual for critical care. Philadelphia: W.B. Saunders, 1985.

Promoção do EXERCÍCIO (0200)

Definição: Facilitação de atividades físicas regulares para manter ou elevar o nível de aptidão física e de saúde.

Atividades:

Avaliar as crenças de saúde do indivíduo sobre exercícios físicos.

Investigar experiências anteriores com exercícios.

Determinar a motivação do indivíduo para começar/continuar um programa de exercícios.

Investigar as barreiras ao exercício.

Encorajar a expressão de sentimentos sobre o exercício ou a necessidade dele.

Encorajar a pessoa a começar ou continuar os exercícios.

Auxiliar na identificação de um modelo de papel positivo para manter o programa de exercícios.

Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa adequado de exercícios que atenda às suas necessidades.

Auxiliar a pessoa a estabelecer metas de curto e longo prazos para o programa de exercícios.

Auxiliar a pessoa a agendar períodos regulares para o programa de exercícios na rotina semanal.

Fazer os exercícios com uma pessoa, conforme apropriado.

Incluir a família/cuidadores no planejamento e na manutenção do programa de exercícios.

Informar a pessoa sobre os benefícios à saúde e efeitos fisiológicos do exercício.

Orientar o indivíduo sobre o tipo adequado de exercício para seu nível de saúde, juntamente com o médico e/ou o fisioterapeuta.

Orientar o indivíduo sobre a frequência, a duração e a intensidade desejadas para o programa de exercícios.

Monitorar a adesão do indivíduo ao programa de exercício/atividade.

Auxiliar o indivíduo a preparar-se e a manter um gráfico/tabela do progresso para motivar a adesão ao programa de exercícios.

Orientar o indivíduo sobre as condições que garantam a modificação ou término do programa de exercícios.

Orientar o indivíduo sobre exercícios corretos de aquecimento e esfriamento.

Orientar o indivíduo sobre técnicas para evitar lesão ao exercitar-se.

Orientar o indivíduo sobre técnicas adequadas de respiração para maximizar a absorção de oxigênio durante o exercício físico.

Oferecer uma agenda de reforço para melhorar a motivação individual (p. ex., aumento da estimativa de resistência; pesagem semanal).

Monitorar a resposta individual ao programa de exercícios.

Oferecer *feedback* positivo para os esforços individuais.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Allan J.D., Tyler D.O. Exercise promotion. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:130-148.

Bennett C. Exercise promotion. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:555-572.

Glick O.J. Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-568. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

NIH Consensus Development Panel of Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical activity and cardiovascular health. *Journal of the American Medical Association*. 1996;276(3):241-246.

Rippe J., Ward A., Porcari M.S., Freedson P., O'Hanley S., Wilkie S. The cardiovascular benefits of walking. *Practical Cardiology*. 1989;15(1):66-72.

Topp R. Development of an exercise program for older adults: Pre-exercise testing, exercise prescription and program maintenance. *Nurse Practitioner*. 1991;16(10):16-28.

Promoção do EXERCÍCIO: alongamento (0202)

Definição: Facilitação de exercícios musculares sistemáticos de alongamento lento e permanência na posição para induzir relaxamento, preparar músculos/articulações para exercícios mais vigorosos aumentar ou manter a flexibilidade do corpo.

Atividades:

Conseguir permissão médica para instituir um plano de exercícios de alongamento, se necessário.

Auxiliar o paciente a investigar as próprias crenças, motivação e nível de aptidão neuromusculoesquelética.

Auxiliar a estabelecer metas realistas de curto e longo prazos, com base no atual nível de aptidão e estilo de vida.

Informar sobre mudanças associadas à idade na estrutura neuromusculoesquelética e aos efeitos do desuso.

Informar sobre opções de sequência, atividades específicas de alongamento, local e horário.

Ajudar a elaborar um programa de exercícios coerente com a idade, a condição física, as metas, a motivação e o estilo de vida.

Auxiliar a desenvolver um plano de exercícios que incorpore uma sequência ordenada de movimentos de alongamento, incrementos na duração da fase de manutenção do movimento e incrementos no número de repetições para cada movimento de alongar lentamente e manter, coerente com o nível de aptidão musculoesquelética ou a presença de patologias.

Orientar para começar a rotina de exercícios em grupos de músculos/articulações menos rígidos ou doloridos e, gradativamente, passar para grupos de músculos/articulações mais limitados.

Orientar para, lentamente, estender os músculos/articulações a um ponto de alongamento total (ou desconforto razoável) e manter a posição por tempo marcado e, lentamente, relaxar os músculos tensionados.

Orientar para evitar movimentos rápidos, forçados ou pendulares para prevenir a estimulação exagerada do reflexo miotático, ou sensibilidade muscular excessiva.

Orientar sobre formas de monitorar a própria adesão ao programa e ao progresso na direção da(s) meta(s) (p. ex., incrementos na amplitude dos movimentos articulares, percepção da liberação da tensão muscular, aumento da duração da fase de „manutenção” da posição e a quantidade de repetições sem dor e fadiga, além de aumentos na tolerância a exercício vigoroso).

Oferecer instruções escritas e ilustradas de cada componente dos movimentos para serem levadas para casa.

Acompanhar com instruções as demonstrações de retorno dos exercícios, se necessário.

Monitorar a adesão à técnica e ao programa, em horário e local de acompanhamento específicos.

Monitorar a tolerância ao exercício (p. ex., presença de sintomas como falta de ar, pulso rápido, palidez, dor de cabeça e dor ou edema muscular/articular) durante os exercícios.

Reavaliar o plano de exercícios se persistirem os sintomas de baixa tolerância ao exercício após pausa.

Cooperar com familiares no planejamento, ensino e monitoramento de um plano de exercícios.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Allan J.D., Tyler D.O. Exercise promotion. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:130-148.

Burke E.J., Humphreys J.H.L. Fit to exercise. London: Pelham Books, 1992;90-96.

Maas M. Impaired physical mobility. In: Maas M, Buckwalter K, Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:274-277.

Piscopo J. Fitness and aging. New York: John Wiley & Sons, 1985;169-189.

Pollock M.L., Wilmore J.H. Exercise in health and disease: Evaluation and prescription for prevention and rehabilitation, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Sharkey B.J. Physiology of fitness, 3rd ed., Champaign, IL: Human Kinetics Books; 1990:66, 78, 331-335

Sorenson A.J., Poh A.E. Physical fitness. In: Swinford P, Webster J, editors. *Promoting wellness: A nurse's handbook*. Rockville, MD: Aspen; 1989:108-109. 122-

Promoção do EXERCÍCIO: treino para fortalecimento (0201)

Definição: Facilitação de treinamento regular da resistência muscular para manter ou aumentar a força muscular.

Atividades:

Fazer uma avaliação de saúde pré-exercício para identificar os riscos de exercitar-se, usando escalas padronizadas de prontidão para atividade física e/ou histórico completo e exame físico.

Obter permissão do médico para iniciar um programa de treinamento de força, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a expressar as próprias crenças, valores e metas de aptidão e saúde musculares.

Oferecer informações sobre a função dos músculos, a fisiologia dos exercícios e as consequências do desuso.

Determinar os níveis de aptidão muscular utilizando testes físicos de campo ou em laboratório (p. ex., máximo esforço para levantamento, número de repetições em um período).

Informar sobre tipos de resistência muscular que podem ser usados (p. ex., pesos livres, máquinas com pesos, tiras de borracha para alongamento, objetos pesados, exercícios aquáticos).

Ajudar a fixar metas realistas em curto e longo prazos e a se apropriar do plano de exercícios.

Ajudar a desenvolver formas para minimizar os efeitos de barreiras procedimentais, emocionais, de atitude, financeiras e de conforto ao treinamento da resistência muscular.

Auxiliar a conseguir os recursos necessários para envolvimento no treinamento muscular progressivo.

Auxiliar a criar um ambiente em casa/trabalho que facilite o envolvimento no plano de exercícios.

Orientar quanto ao uso de roupas que evitem excesso de calor ou frio.

Auxiliar a elaborar um programa de treinamento da força coerente com o nível de aptidão muscular, os limites musculoesqueléticos, as metas de saúde funcional, os recursos necessários para o equipamento dos exercícios, a preferência pessoal e o suporte social.

Especificar o nível de resistência, o número de repetições, o número de sequências e a frequência das sessões de „treinamento”, de acordo com o nível de aptidão e a presença/ausência de fatores de risco para o exercício.

Orientar a fazer descansos breves após cada sequência se necessário.

Especificar o tipo e a duração da atividade de aquecimento/esfriamento (p. ex., alongamentos, andar, exercícios calistênicos).

Demonstrar o alinhamento corporal correto (postura) e formulário de levantamento de peso para exercitar todos os grupos importantes de músculos.

Usar movimentos recíprocos para evitar lesão em exercícios selecionados.

Auxiliar a conversar sobre os padrões de movimentos prescritos, ou a realizá-los, sem pesos, até que a forma correta seja aprendida.

Modificar os movimentos e os métodos de aplicação de resistência para pacientes restritos a cadeira ou ao leito.

Orientar no reconhecimento de sinais/sintomas de tolerância/intolerância aos exercícios durante e após as sessões (p. ex., dor de cabeça, falta de fôlego; dor muscular, esquelética e articular além do usual; fraqueza, fadiga extrema, angina,

transpiração profusa, palpitações).

Orientar na realização das sessões de exercícios para grupos musculares específicos, em dias alternados, para facilitar a adaptação dos músculos ao treinamento.

Orientar na realização de três sessões de treinamento, com cada grupo muscular, semanalmente, até suas metas serem alcançadas e, depois, colocar o paciente em programa de manutenção.

Orientar o paciente para evitar exercícios de treinamento de força durante extremos de temperatura.

Auxiliar a determinar a frequência de aumento progressivo do trabalho com os músculos (*i.e.*, quantidade de resistência e número de repetições e sequências).

Providenciar instruções escritas e com desenhos/fotos para serem levadas para casa, como diretrizes gerais e a forma de movimentar cada grupo muscular.

Ajudar a elaborar um sistema de registro contínuo que inclua a quantidade de resistência e o número de repetições, além das sequências para monitoramento do progresso na aptidão muscular.

Reavaliar mensalmente os níveis de aptidão muscular.

Estabelecer uma agenda de acompanhamento para manter a motivação, ajudar a resolver problemas e a monitorar o progresso.

Ajudar a alterar programas ou desenvolver outras estratégias para prevenir monotonia e desistência.

Cooperar com a família e outros profissionais da saúde (p. ex., terapeuta de atividades, terapeuta ocupacional, terapeuta de exercícios, terapeuta recreacional, fisioterapeuta) no planejamento e monitoramento do programa de treinamento muscular.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Hyatt G. Strength training for the aging adult. In: Clark J., editor. *Exercise programming for older adults*. New York: Haworth Press; 1996:27-36.

Mobily K., Mobily P. Progressive resistive training. In: Titler M., editor. *Gerontological nursing interventions research center, research development and dissemination core*. Iowa City: The University of Iowa, 1996.

Robbins G., Fowers D., Burgess S. *A wellness way of life*. Madison, WI: Brown-Benchmark, 1997.

Roberts S. Principles of prescribing exercise. In: Roberts S., Robergs R., Hanson F., editors. *Clinical exercise testing and prescription: Theory and application*. Boca Raton, NY: CRC Press; 1997:235-261.

Sharpe F., McConnell C. Exercise beliefs and behaviors among older employees: A health promotion trial. *The Gerontologist*. 1992;32(4):444-449.

Southard D., Lombard D. Principles of health behavior change. In: Roberts S., Robergs F., Hanson F., editors. *Clinical exercise testing and prescription: Theory and application*. Boca Raton, NY: CRC Press, 1997.

Terapia com EXERCÍCIO: controle muscular (0226)

Definição: Uso de protocolos específicos de atividade ou exercício para melhorar ou restaurar movimentos controlados do corpo.

Atividades:

Determinar a prontidão do paciente para envolvimento em protocolo de atividade ou exercício.

Colaborar com o fisioterapeuta, o terapeuta recreacional ou ocupacional no desenvolvimento e execução de programa de exercícios, conforme apropriado.

Consultar um fisioterapeuta para determinar a melhor posição para o paciente durante os exercícios e o número de repetições para cada padrão de movimento.

Avaliar as funções sensoriais (p. ex., visão, audição e propriocepção).

Explicar as razões da escolha do tipo de exercício e o protocolo ao paciente/família.

Dar privacidade para que o paciente se exercite, se desejar.

Ajustar a iluminação, a temperatura ambiente e o nível de ruídos para melhorar a capacidade de concentração do paciente na atividade/exercício.

Elaborar uma sequência para as atividades diárias de cuidado de modo a melhorar os efeitos da terapia com exercícios específicos.

Iniciar medidas de controle da dor antes do início do exercício/atividade.

Vestir o paciente com roupas folgadas.

Ajudar a manter o tronco e/ou a estabilidade das articulações proximais durante a atividade motora.

Aplicar talas de apoio para conseguir estabilidade das articulações proximais envolvidas nas habilidades de motricidade fina, conforme prescrição.

Reavaliar a necessidade de dispositivos auxiliares a intervalos regulares junto com o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o recreacional.

Ajudar o paciente a sentar/ficar de pé para o protocolo de exercícios, conforme apropriado.

Reforçar as instruções dadas ao paciente sobre a forma correta de fazer os exercícios para minimizar lesão e maximizar a eficiência.

Determinar a precisão da imagem corporal.

Reorientar o paciente para ter consciência do corpo.

Reorientar o paciente para as funções de movimento do corpo.

Acompanhar e instruir o paciente para, visualmente, sondar o lado do corpo afetado ao realizar as atividades da vida diária ou os exercícios se indicado.

Providenciar indicadores por etapas para todas as atividades motoras durante o exercício ou as atividades da vida diária (ADL).

Orientar o paciente a „repetir em voz alta” todos os movimentos enquanto os executa.

Usar auxiliares visuais para facilitar a aprendizagem da forma de realizar as atividades da vida diária, ou os movimentos dos exercícios, conforme apropriado.

Oferecer um ambiente repousante ao paciente após períodos de exercício.

Ajudar o paciente a elaborar um protocolo de exercícios para força, resistência e flexibilidade.

Ajudar o paciente a formular metas realistas e mensuráveis.

Empregar as atividades motoras que exijam atenção e uso dos dois lados do corpo.

Incorporar as atividades da vida diária (ADL) ao protocolo de exercícios, se apropriado.

Encorajar o paciente a praticar os exercícios com independência, se indicado.

Auxiliar o paciente no uso de atividades de aquecimento e esfriamento, e encorajá-las, antes e depois do protocolo de exercícios.

Usar estímulos táteis (e/ou palmadinhas) para minimizar espasmo muscular.

Auxiliar o paciente a preparar e manter um gráfico/tabela da sua evolução para motivar a adesão ao protocolo de exercícios.

Monitorar a resposta emocional, cardiovascular e funcional do paciente ao protocolo de exercícios.

Monitorar o autoexercício do paciente para corrigir seu desempenho.

Avaliar o progresso do paciente na direção da melhora/restauração dos movimentos e da função do corpo.

Dar reforço positivo aos esforços do paciente na atividade física e nos exercícios.

Cooperar com os cuidadores domiciliares quanto ao protocolo de exercícios e às atividades da vida diária (ADL).

Auxiliar o paciente/cuidador a realizar as revisões prescritas do plano de exercícios domiciliares, se indicado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Donohue K., Miller C., Craig B. Chronic alterations in mobility. In: Mitchell P.H., editor. *AANN's neuroscience nursing: Phenomena and practice*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1988:319-343.
- Glick O.J. Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-568. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Hickey J. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.
- Hogue C. Mobility. In: Schneider E.G., editor. *The teaching nursing home*. New York: Raven Press, 1985.
- Lewis C.B. Improving mobility in older persons. Rockville, MD: Aspen, 1989.
- Lubkin I. Chronic illness: Impact and intervention, 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett, 1990.
- McFarland G.K., McFarlane E.A. Nursing diagnosis and intervention, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.
- Moorhouse M., Geissler A., Doenges M. Critical care plans, guidelines for patient care. Philadelphia: F.A. Davis, 1987.
- Pender N.J. Health promotion nursing practice, 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1987.
- Sullivan P., Markos P. Clinical procedures in therapeutic exercise. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1993.
- Vogt G., Miller M., Esluer M. Mosby's manual of neurological care. St. Louis, MO: Mosby, 1985.

Terapia com EXERCÍCIO: deambulação (0221)

Definição: Promoção e assistência com a deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias do organismo durante tratamento e recuperação de doença ou lesão.

Atividades:

Vestir o paciente com roupas folgadas.

Auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem a deambulação e evitem lesão.

Providenciar uma cama de altura baixa, conforme apropriado.

Colocar o controle da cama ao alcance da mão do paciente.

Encorajar a sentar na cama, na lateral da cama („com as pernas pendentes”) ou em poltrona, conforme a tolerância.

Auxiliar o paciente a sentar na lateral da cama para facilitar ajustes posturais.

Consultar fisioterapeuta sobre plano de deambulação, se necessário.

Orientar sobre disponibilidade de dispositivos auxiliares, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre formas de posicionar-se durante o processo de transferência.

Usar cinta para deambulação para ajudar na transferência e deambulação, se necessário.

Auxiliar o paciente a transferir-se, se necessário.

Providenciar cartões indicadores, colocados à cabeceira da cama, para facilitar aprendizagem das transferências.

Aplicar/oferecer dispositivo auxiliar (bengala, andador ou cadeira de rodas) para deambular se o paciente estiver instável.

Ajudar o paciente na deambulação inicial e conforme a necessidade.

Orientar o paciente/cuidador sobre técnicas seguras de transferência e deambulação.

Monitorar o uso que o paciente faz de muletas ou outros recursos para deambular.

Auxiliar o paciente a colocar-se de pé e a deambular determinada distância e com determinado número de funcionários.

Auxiliar o paciente a estabelecer incrementos realistas à distância ao deambular.

Encorajar deambulação independente dentro de limites seguros.

Encorajar o paciente a „levantar-se espontaneamente”, se adequado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Alora J. Exercise and skeletal health. *Journal of the American Geriatric Society*. 1981;29(3):104-107.

Donohue K., Miller C., Craig B. Chronic alterations in mobility. In: Mitchell P.H., editor. *AANN's neuroscience nursing: Phenomena and practice*. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1988:319-343.

Glick O.J. Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-568. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Lubkin I. Chronic illness: Impact and interventions, 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett, 1990.

McFarland G.K., McFarlane E.A. Nursing diagnosis and intervention, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Moorhouse M., Geissler A., Doenges M. Critical care plans, guidelines for patient care. Philadelphia: F.A. Davis, 1987.

Smith E.L., Gillian C. Physical activity prescription for the older adult. *The Physician & Sports Medicine*. 1983;11(8):91-182.

Snyder M. Exercise. In: Snyder M., editor. *Independent nursing interventions*. 2nd ed. Albany: Delmar; 1992:67-77.

Terapia com EXERCÍCIO: equilíbrio (0222)

Definição: Uso de atividades, posturas e movimentos específicos para manter, melhorar ou restaurar o equilíbrio.

Atividades:

Determinar a capacidade do paciente para participar de atividades que exijam equilíbrio.

Cooperar com terapeutas ocupacionais, recreacionais e o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercício, conforme apropriado.

Avaliar as funções sensoriais (p. ex., visão, audição e propriocepção).

Dar oportunidade para a discussão de fatores que influenciam o medo de cair.

Propiciar um ambiente seguro para a prática de exercícios.

Orientar o paciente sobre a importância da terapia com exercícios para manter e melhorar o equilíbrio.

Estimular programas de exercícios de baixa intensidade, com oportunidades para partilhar sensações.

Orientar o paciente sobre exercícios de equilíbrio, como colocar-se de pé sobre uma só perna, inclinar-se para frente, exercícios de alongamento e resistência, conforme apropriado.

Ajudar com fortalecimento do tornozelo e programas de deambulação.

Informar sobre terapias alternativas, como ioga e Tai Chi.

Adaptar o ambiente para facilitar a concentração.

Oferecer dispositivos auxiliares (p. ex., bengala, andador, travesseiros ou almofadas) para apoio do paciente ao realizar os exercícios.

Ajudar o paciente a formular metas realistas e mensuráveis.

Reforçar ou orientar sobre formas de como posicionar-se e realizar os movimentos para manter ou melhorar o equilíbrio durante exercícios ou atividades da vida diária.

Auxiliar o paciente a participar de exercícios de alongamento enquanto deitado, sentado ou de pé.

Ajudar o paciente a movimentar-se sentado, a estabilizar o tronco com os braços nas laterais da cama/cadeira e a balançar o tronco sobre os braços de apoio.

Auxiliar a colocar-se de pé (sentar) e a balançar o corpo para os lados, estimulando mecanismos de equilíbrio.

Encorajar o paciente a manter uma base ampla de apoio se necessário.

Auxiliar o paciente a colocar-se de pé, com os olhos fechados, por breves períodos e a intervalos regulares, para estimular a propriocepção.

Monitorar a resposta do paciente aos exercícios de equilíbrio.

Fazer um levantamento em casa para identificar perigos ambientais e comportamentais existentes, se for o caso.

Oferecer recursos para programas de equilíbrio, exercícios ou educação sobre quedas.

Encaminhar para terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta a respeito de exercícios de treinamento do hábito vestibular.

Leituras Sugeridas:

- Baum E.E., Jarjoura D., Polen A.E., Faur D., Rutecki G. Effectiveness of a group exercise program in a longterm care facility: A randomized pilot trial. *Journal of American Medical Directors Association*. 2004;4(2):74-80.
- Choi J.H., Moon J.S., Song R. Effects of sun-style tai chi exercise on physical fitness and fall prevention in fallprone older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(2):150-157.
- Deiner D., Mitchell M. Impact of a multifactorial fall prevention program upon falls of older frail adults attending an adult health day care center. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2005;21(3):247-257.
- Hansson E.E., Mansson N., Hakansson A. Balance performance and self-perceived handicap among dizzy patients in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2005;23(4):215-220.
- Gentleman B., Malozemoff W. Falls and feelings: Description of a psychological group nursing intervention. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001;27(10):35-39.
- Liu-Ambrose T., Khan K.M., Eng J.J., Lord S.R., McKay H.A. Balance confidence improves with resistance or agility training. Increase is not correlated with objective changes in fall risk and physical abilities. *Gerontology*. 2004;50(6):373-382.
- Norre M., Beckers A. Vestibular habituation training for positional vertigo in elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1989;8:117.
- Oken B., Zajdel D., Kishiyama S., Flegal K., Dehen C., Haas M., Kraemer D.F., Lawrence J., Leyva J. Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: Effects on cognition and quality of life. *Alternative Therapy Health Medicine*. 2006;12(1):40-47.
- Schoenfelder D., Rubinstein L. An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Applied Nursing Research*. 2004;17(1):21-31.

Terapia com EXERCÍCIO: mobilidade articular (0224)

Definição: Uso de movimento ativo e passivo do corpo para manter ou restaurar a flexibilidade articular.

Atividades:

Determinar as limitações do movimento articular e o efeito sobre o funcionamento.

Cooperar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercícios.

Determinar o nível motivacional do paciente para manter ou restaurar o movimento das articulações.

Explicar ao paciente/familiares a finalidade e o plano dos exercícios para as articulações.

Monitorar o local e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.

Iniciar medidas de controle da dor antes do início dos exercícios articulares.

Vestir o paciente com roupas folgadas.

Proteger o paciente contra trauma durante o exercício.

Auxiliar o paciente a posicionar o corpo da melhor maneira para os movimentos articulares passivos/ativos.

Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimentos, conforme um programa regular e planejado.

Fazer exercícios de amplitude de movimentos passivos ou assistidos, conforme indicação.

Orientar o paciente/família sobre a maneira de realizar, sistematicamente, exercícios de amplitude de movimentos ativos, passivos ou assistidos.

Dar instruções escritas na alta sobre os exercícios.

Auxiliar o paciente a criar uma agenda para os exercícios ativos de amplitude de movimentos.

Encorajar o paciente a visualizar o movimento do corpo antes de iniciar o movimento.

Auxiliar em movimentos rítmicos e regulares das articulações, nos limites da dor, resistência e mobilidade articulares.

Encorajar a sentar na cama, na lateral (com as pernas pendentes), ou em poltrona, conforme a tolerância.

Encorajar a deambulação se adequado.

Determinar a evolução na direção da conquista das metas.

Oferecer reforço positivo pela realização dos exercícios para as articulações.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Glick O.J. Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-568. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Hickey J. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.
- Hogue C. Mobility. In: Schneider E.G., editor. *The teaching nursing home*. New York: Raven Press, 1985.
- Lewis C.B. Improving mobility in older persons. Rockville, MD: Aspen, 1989.
- Lubkin I. Chronic illness: Impact and interventions, 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett, 1990.
- McFarland G.K., McFarlane E.A. Nursing diagnosis and intervention, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.
- Moorhouse M., Geissler A., Doenges M. Critical care plans, guidelines for patient care. Philadelphia: F.A. Davis, 1987.
- Pender N.J. Health promotion nursing practice, 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1987.
- Snyder M. Exercise. In: Snyder M., editor. *Independent nursing interventions*. 2nd ed. Albany: Delmar; 1992:67-77.
- Sullivan P., Markos P. Clinical procedures in therapeutic exercise. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1993.
- Vogt G., Miller M., Esluer M. Mosby's manual of neurological care. St. Louis, MO: Mosby, 1985.

Monitoração das EXTREMIDADES Inferiores (3480)

Definição: Coleta, análise e uso de dados do paciente para categorizar riscos e prevenir lesão às extremidades inferiores.

Atividades:

Examinar a pele em busca de evidência de higiene insatisfatória.

Examinar as extremidades inferiores quanto à presença de edema.

Examinar as unhas dos pés quanto a mudanças (espessamento, infecção por fungo, encravamento e evidências de corte inadequado).

Examinar a pele quanto a cor, temperatura, hidratação, crescimento de pelos, textura e rachaduras ou fissuras.

Examinar entre os dedos dos pés quanto a maceração, rachaduras ou fissuras.

Perguntar sobre mudanças nos pés e histórico presente ou anterior de úlceras ou amputação dos pés.

Determinar o estado de mobilidade (*i.e.*, andar com auxílio, andar com assistência de dispositivo auxiliar, ou não andar,

usar cadeira de rodas).

Examinar os pés quanto a deformações, inclusive dedos acavalados, saliência da cabeça do metatarso e arco alto ou baixo, ou mudanças de Charcot.

Monitorar a força muscular no tornozelo e no pé.

Examinar os pés quanto a evidências de pressão (*i.e.*, presença de vermelhidão localizada, aumento de temperaturas, bolhas, saliências ou calosidades).

Perguntar sobre a presença de parastesias (p. ex., entorpecimento, formigamento ou ardência).

Palpar a espessura das partes macias sobre a cabeça do metatarso.

Palpar *pulsos pediosos* e pulsos tibiais posteriores.

Determinar o índice de pressão do tornozelo, conforme indicação.

Perguntar sobre a presença de claudicação intermitente, dor em repouso ou dor noturna.

Determinar o tempo de enchimento capilar.

Monitorar o nível de sensação de proteção usando o monofilamento de náilon de Semmes-Weinstein.

Determinar o limiar da percepção vibratória.

Determinar reações propioceptivas.

Provocar reflexos do tendão profundo (p. ex., tornozelo e joelho), conforme indicado.

Monitorar o modo de andar e a distribuição do peso sobre os pés (p. ex., observar o andar e determinar o padrão de desgaste dos calçados).

Monitorar a condição dos calçados e meias (*i.e.*, limpos em bom estado de conservação).

Monitorar a adequação dos calçados (p. ex., salto baixo, com solado num formato que combine com o formato do pé; profundidade adequada da frente do sapato; solado de material que absorva choque; tamanho adequado e fechamento adequado por tiras ou fechos; parte superior feita de material macio e flexível que permita a transpiração; mudanças causadas por distúrbios da marcha e no comprimento dos membros, além de potencial para modificação, quando necessária).

Monitorar a adequação das meias (*i.e.*, absorventes e que não comprimem).

Monitorar a mobilidade articular (p. ex., dorsiflexão do tornozelo e movimento articular subtalar).

Realizar supervisão constante das extremidades inferiores para determinar a necessidade de encaminhamento, no mínimo, quatro vezes por ano.

Usar nível de riscos de lesões como guia para determinar encaminhamentos adequados.

Identificar serviços especializados em cuidados dos pés que forem necessários (p. ex., calçados ortopédicos ou por prescrição médica, cuidado de calosidades, corte das unhas, avaliação e exercícios de mobilidade, avaliação e tratamento de deformações dos pés, tratamento de deformações/infecção da pele ou unhas, correção da marcha ou distribuição anormal do peso e/ou avaliação e controle de circulação arterial prejudicada).

Consultar um médico sobre recomendações para terapia e avaliação subsequentes (p. ex., radiografia), conforme

necessário.

Oferecer ao paciente/familiares/pessoas importantes informações sobre serviços especializados de cuidado com os pés.

Identificar a preferência do paciente/familiares/pessoa importante quanto a profissional ou instituição de saúde para encaminhamento, conforme apropriado.

Determinar os recursos financeiros do paciente para pagamento de serviços especializados de cuidados dos pés.

Oferecer auxílio para a obtenção dos recursos financeiros necessários (p. ex., contato com assistência social), conforme apropriado.

Entrar em contato com profissional/instituição de saúde, conforme apropriado, para combinar serviços especializados de cuidados dos pés (*i.e.*, agendar consulta).

Providenciar encaminhamento por escrito, conforme apropriado.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

American Diabetes Association. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes*. 1998;21(12):2178-2179.

Collier J.H., Brodbeck C.A. Assessing the diabetic foot: Plantar callus and pressure sensation. *The Diabetes Educator*. 1993;19(6):503-508.

Craven R.F., Hirnle C.J. Health assessment of human function. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:393-442.

Culleton J.L. Preventing diabetic foot complications. *Postgraduate Medicine*. 1999;106(1):78-84.

Halpin-Landry J.E., Goldsmith S. Feet first, diabetic care. *American Journal of Nursing*. 1999;99(2):26-33.

Jacobs A.M., Appleman K.K. Foot-ulcer prevention in the elderly patient. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1999;15(2):351-369.

McNeely M.J., Boyko E.J., Ahroni J.H., Stensel V.L., Reiber G.E., Smith D.G., Pecararo R.E. The independent contributions of diabetic neuropathy and vasculopathy in foot ulceration. *Diabetes Care*. 1995;18(2):216-219.

Mayfield J.A., Reiber G.E., Sanders L.J., Janise D., Pogach L.M. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care*. 1998;21(12):2161-2177.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Assessment and management of patients with diabetes mellitus. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1149-1203.

Spollett G.R. Preventing amputations in the diabetic population. *Nursing Clinics of North America*. 1998;33(4):629-641.

F

Facilitação da Presença da FAMÍLIA (7170)

Definição: Facilitação da presença da família em apoio a uma pessoa submetida a procedimentos de reanimação e/ou invasivos.

Atividades:

Apresentar-se à equipe que trata do paciente e da família.

Determinar a adequação da localização física para a presença da família.

Obter um consenso por parte dos profissionais em relação à presença da família e ao momento mais adequado à presença dela.

Avaliar com a equipe de tratamento a reação emocional da família à condição do paciente, conforme apropriado.

Conseguir informações sobre a condição do paciente, sua reação ao tratamento e as necessidades identificadas.

Apresentar-se e também os demais membros da equipe de apoio à família e ao paciente.

Dar informações sobre a condição atual do paciente de forma oportuna.

Garantir à família que está sendo dado ao paciente o melhor atendimento possível.

Usar o nome do paciente ao conversar com os familiares.

Determinar as necessidades de apoio emocionais, físicas, psicossociais e espirituais da família e do paciente e iniciar as medidas para satisfazer a elas, se necessário.

Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família.

Fomentar esperanças realistas, conforme apropriado.

Defender a família, conforme apropriado.

Preparar a família, garantindo que foi informada sobre o que esperar, o que presenciarão, escutarão e/ou sentirão.

Informar a família sobre expectativas e limites do comportamento.

Providenciar um membro dedicado do corpo funcional para garantir aos familiares que jamais deixarão de ser atendidos junto ao leito do paciente.

Acompanhar a família até a área de tratamento ou reanimação e dela para outros locais; anunciar sua presença à equipe de tratamento sempre que a família entrar na área de tratamento.

Informar e explicar as intervenções, o jargão médico/de enfermagem e as expectativas quanto à resposta do paciente ao tratamento.

Acompanhar a família quando tiver que deixar a cabeceira do leito do paciente se solicitado pelos profissionais de atendimento direto.

Dar oportunidade para que os familiares façam perguntas e vejam, toquem e falem com o paciente antes das transferências.

Auxiliar o paciente e a família a dar telefonemas, se necessário.

Oferecer e providenciar medidas de conforto e apoio, inclusive encaminhamentos apropriados, se necessário.

Participar da avaliação das necessidades emocionais dos profissionais e das suas próprias.

Ajudar a identificar a necessidade de conversar sobre estresse de incidente crítico, de reduzir a tensão individual dos eventos etc., conforme apropriado.

Participar, iniciar e/ou coordenar o acompanhamento da família quanto à sensação de abandono a intervalos específicos, conforme apropriado

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Part 2: Ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation*. 2000;102(Suppl. 8):I12-I21.

Eichhorn D.J., Meyers T.A., Guzzetta C.E., Clark A.P., Klein J.D., Calvin A.O. During invasive procedures and resuscitation: Hearing the voice of the patient. *American Journal of Nursing*. 2001;101(5):48-55.

Emergency Nurses Association. Emergency Nurses Association position statement: Family presence at the bedside during invasive procedures and/or resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*. 1998;21(2):26A.

Emergency Nurses Association. Presenting the option for family presence, 2nd ed. Des Plaines, IL: Author, 2000.

Hampe S.O. Needs of a grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*. 1975;24:113-120.

McPhee A.T. Let the family in. *Nursing*. 1983;13(1):120.

Meyers T.A., Eichhorn D.J., Guzzetta C.E. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*. 1998;24(5):405.

Meyers T.A., Eichhorn D.J., Guzzetta C.E., Clark A.P., Klein J.D., Taliaferro E., Calvin A. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *American Journal of Nursing*. 2000;100(2):32-42.

Apoio FAMILIAR (7140)

Definição: Promoção dos valores, interesses e metas da família.

Atividades:

Garantir à família que o paciente está recebendo o melhor cuidado possível.

Avaliar a reação emocional da família à condição do paciente.

Determinar a carga psicológica do prognóstico sobre a família.

Fomentar esperanças realistas.

Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família.

Facilitar a comunicação das preocupações/sentimentos entre o paciente e a família, ou entre os membros da família.

Promover uma relação de confiança com a família.

Aceitar os valores da família sem julgamentos.

Responder a todas as perguntas dos membros da família ou ajudá-los a obter as respostas.

Orientar a família em relação ao local de prestação de cuidados, seja uma unidade hospitalar, seja uma clínica.

Oferecer assistência no atendimento das necessidades básicas da família, como hospedagem, alimentação e roupas.

Identificar a natureza do apoio espiritual para a família.

Identificar a coerência entre as expectativas do paciente, da família e dos profissionais de saúde.

Reduzir as discrepâncias entre as expectativas do paciente, da família e dos profissionais de saúde com o uso de habilidades de comunicação.

Ajudar os membros da família a identificar e solucionar conflitos de valores.

Respeitar e apoiar mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família.

Oferecer *feedback* à família em relação ao enfrentamento.

Aconselhar os familiares sobre outras habilidades eficientes de enfrentamento para seu próprio uso.

Oferecer recursos espirituais à família, conforme apropriado.

Dar à família informações sobre o progresso do paciente com frequência conforme à preferência do paciente.

Ensinar os planos de cuidados médicos e de enfermagem à família.

Proporcionar os conhecimentos necessários aos familiares relativos às opções que os ajudarão a tomar decisões sobre o cuidado ao paciente.

Incluir os familiares nos processos decisórios do paciente a respeito dos cuidados, quando adequado.

Encorajar a tomada de decisões na família ao planejar cuidados de longo prazo para o paciente que influenciem a estrutura e os recursos financeiros da família.

Admitir que entende a decisão da família relativa ao cuidado pós-alta hospitalar.

Auxiliar a família a adquirir conhecimentos, habilidades e equipamentos necessários para manter a decisão sobre os cuidados do paciente.

Defender a família, conforme apropriado.

Incrementar a assertividade da família na busca de informações, conforme apropriado.

Dar oportunidade para visitas de outros membros da família, conforme apropriado.

Apresentar a família a outras famílias que passam por experiências similares, conforme apropriado.

Cuidar do paciente em substituição aos familiares para oferecer certo alívio a eles, ou quando eles não puderem cuidar do paciente.

Combinar o cuidado contínuo para que os familiares tenham momentos de descanso, quando indicado e desejado.

Dar oportunidade de apoio do grupo de amigos.

Encaminhar para terapia familiar se for o caso.

Informar aos familiares sobre formas de encontrar o enfermeiro.

Auxiliar a família durante o processo de morte e luto, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Craft M.J. Health care preferences of rural teens. *Journal of Pediatric Nursing*. 1987;2(1):3-13.

Craft M.J., Craft J. Perceived changes in siblings of hospitalized children: A comparison of parent and sibling report. *Children's Health Care*. 1989;18(1):42-49.

Craft M.J., Willadsen J.A. Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):517-540. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),
Symposium on nursing interventions

Gilliss C., Highley B., Roberts B., Martinson I. Toward a science of family nursing. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1989.

Goldenberg I., Goldenberg H. Family therapy: An overview, 2nd ed. Monterey: Brooks/Cole, 1985.

Leske J.S. Needs of adult family members after critical illnesses: Prescriptions for interventions. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1992;4(4):587-596.

Peirce A.G., Wright F., Fulmer T.T. Needs of family during critical illness of elderly patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1992;4(4):597-606.

Titler M.G., Walsh S.M. Visiting critically ill adults: Strategies for practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1992;4(4):623-633.

Manutenção do Processo FAMILIAR (7130)

Definição: Minimização dos efeitos de rompimento de processos familiares.

Atividades:

Determinar os processos familiares típicos.

Determinar a ruptura nos processos familiares típicos.

Identificar os efeitos das mudanças nos papéis sobre o processo familiar.

Encorajar a manutenção do contato com os membros da família, conforme apropriado.

Manter as oportunidades de visitas flexíveis para o atendimento das necessidades dos familiares e do paciente.

Discutir estratégias para normalizar a vida familiar com os membros da família.

Auxiliar os membros da família a implementar estratégias de normalização de sua situação.

Conversar sobre mecanismos existentes de apoio social para a família.

Ajudar os membros da família a usar os mecanismos de apoio existentes.

Minimizar a ruptura na rotina familiar, facilitando as rotinas e os rituais da família, como refeições apenas entre membros da família ou discussões familiares para comunicação e tomada de decisões.

Providenciar mecanismos para que os membros da família mantenham a comunicação com outros familiares (p. ex., telefone, e-mail e fotos, gravação audiovisual etc.).

Dar oportunidade para o cuidado contínuo pelos pais de filhos hospitalizados quando o paciente for uma criança.

Dar oportunidade para os familiares adultos manterem os compromissos existentes em sua vida profissional, se possível.

Auxiliar os membros da família a facilitarem as visitas do paciente à casa, conforme apropriado.

Identificar necessidades de atendimento domiciliar e a forma de incorporá-las ao modo de vida da família.

Marcar horários para as atividades de cuidados domiciliares que minimizem a ruptura da rotina familiar.

Ensinar à família habilidades de controle/organização do tempo, quando da realização dos cuidados domiciliares, se necessário.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Broome M.E., Huth M.M. Preparation for hospitalization, surgery and procedures. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:281-298.

Daugherty J., Saarmann L., Riegel B., Sornborger K., Moser D. Can we talk? Developing a social support nursing interventions for couples. *Clinical Nurse Specialist*. 2002;16(4):211-218.

Drageset J. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: A survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(1):65-71.

Finfgeld-Connett D. Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(1):4-9.

Titler M.G., Cohen M.Z., Craft M.J. Impact of critical hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart & Lung*. 1991;20(2):174-181.

Mobilização FAMILIAR (7120)

Definição: Utilização dos pontos fortes da família para influenciar a saúde do paciente numa direção positiva.

Atividades:

Ser um ouvinte para os membros da família.

Estabelecer uma relação de confiança com os familiares.

Ver cada familiar como um especialista potencial para cuidar do paciente.

Identificar os pontos fortes e os recursos na família, em cada membro e em seu sistema de apoio e comunidade.

Determinar a prontidão e a capacidade de cada membro para aprender.

Oferecer informação com frequência a família, auxiliando-a a identificar as limitações, o progresso e as implicações dos cuidados do paciente.

Fortalecer a tomada conjunta de decisões com os membros da família relativas ao plano de cuidados do paciente.

Ensinar aos cuidadores domiciliares a terapia do paciente, conforme apropriado.

Explicar aos familiares a necessidade de manterem o cuidado profissional de saúde, conforme apropriado.

Cooperar com os familiares no planejamento e implementação das terapias do paciente e nas mudanças no estilo de vida.

Apoiar as atividades da família na promoção da saúde do paciente ou na conduta para sua condição, quando apropriado.

Ajudar os familiares a identificar os serviços de saúde e os recursos na comunidade que possam ser usados para melhorar a condição de saúde do paciente.

Monitorar a atual situação da família.

Encaminhar os membros da família para grupos de apoio, conforme apropriado.

Determinar o alcance esperado de resultados do paciente de forma sistemática.

Leituras Sugeridas:

Deatrick J.A. Family partnerships in nursing care. In: Craft-Rosenberg M., Krajicek M., editors. *Nursing excellence for children & families*. New York: Springer, 2006.

Gerdner L.A., Buckwalter K.C., Reed D. Impact of a psychoeducational intervention of caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research*. 2002;51(6):363-374.

Sylvain H., Talbot L.R. Synergy towards health: A nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;38(3):264-273.

Planejamento FAMILIAR: contracepção (6784)

Definição: Facilitação da prevenção da gravidez, oferecendo informações sobre a fisiologia da reprodução e os métodos de controle da concepção.

Atividades:

Determinar a necessidade de planejamento familiar.

Explicar as razões da maioria das gestações não planejadas.

Determinar a capacidade e a motivação da paciente e de seu parceiro para usar a contracepção de forma correta e regular.

Avaliar o conhecimento da paciente sobre contracepção e os planos de escolha de um método contraceptivo.

Explicar o ciclo de reprodução da mulher à paciente, se necessário.

Explicar as vantagens e as desvantagens dos métodos contraceptivos adequados.

Auxiliar a paciente a determinar a ovulação segundo a temperatura basal do corpo, mudanças nas secreções vaginais e outros indicadores fisiológicos.

Orientar a paciente a usar contraceptivos químicos, hormonais ou mecânicos.

Encaminhar a paciente para recursos da comunidade quanto a serviços de planejamento familiar, se necessário.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Bobak I.M., Jensen M., Lowdermilk D.L. *Maternity & gynecologic care: The nurse and the family*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Franklin M. Recently approved and experimental methods of contraception. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1990;35(6):365-375.

Farrett M.E., Lethbridge D.J. The contraceptive needs of midlife women. *Nurse Practitioner*. 1990;15(12):34-39.

Pillitteri A. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Planejamento FAMILIAR: gravidez não planejada (6788)

Definição: Facilitação da tomada de decisão em relação ao resultado da gravidez.

Atividades:

Determinar se a paciente optou pelo resultado da gravidez.

Encorajar a paciente e pessoa importante a investigar as opções relativas ao resultado da gravidez, inclusive interrupção, manutenção do bebê ou doação do bebê para adoção.

Conversar sobre as alternativas ao aborto com a paciente e a pessoa importante.

Discutir os fatores relativos à gravidez não planejada (p. ex., múltiplos parceiros, uso de drogas/álcool e probabilidade de doenças sexualmente transmissíveis).

Auxiliar a paciente a identificar sistemas de apoio.

Encorajar a paciente a envolver o sistema de apoio durante o processo decisório.

Dar apoio à paciente e à pessoa significativa na decisão sobre o resultado da gravidez.

Esclarecer informações erradas sobre o uso de contraceptivos.

Encaminhar para instituições na comunidade que tenham serviços de apoio à paciente que está tentando decidir sobre o resultado de uma gravidez, além de outras preocupações de saúde (p. ex., doenças sexualmente transmissíveis e abuso de substância).

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Bobak I.M., Jensen M., Lowdermilk D.L. *Maternity & gynecologic care: The nurse and the family*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

O'Campo P., Faden R.R., Gielen A.C., Kass N., Anderson J. Contraceptive practices among single women with an unplanned pregnancy: Partner influences. *Family Planning Perspectives*. 1993;25(5):215-219.

Pillitteri A., Reproductive life planning. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

Sulak P.J., Haney A.F. Unwanted pregnancies: Understanding contraceptive use and benefits in adolescents and older women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1993;168(6):2042-2048.

Planejamento FAMILIAR: infertilidade (6786)

Definição: Controle, educação e apoio à paciente e pessoa significativa que se submetem a avaliação e tratamento da infertilidade.

Atividades:

Explicar para a paciente o ciclo reprodutivo feminino, se necessário.

Auxiliar a paciente a determinar a ovulação segundo a temperatura corporal basal, mudanças nas secreções vaginais e outros indicadores fisiológicos.

Preparar a paciente, física e psicologicamente, para o exame ginecológico.

Explicar a finalidade do procedimento e as sensações que a paciente pode experimentar durante o procedimento.

Determinar o que a paciente compreende dos resultados dos exames e sobre a terapia recomendada.

Apoiar a paciente durante o histórico e avaliação da infertilidade, reconhecendo o estresse normalmente experimentado na obtenção do histórico detalhado e durante a avaliação e o processo de tratamento prolongados.

Ajudar nas expressões de pesar e desapontamento e de sentimentos de fracasso.

Estimular manifestações de sentimentos sobre a sexualidade, a autoimagem e a autoestima.

Determinar o alcance do envolvimento da paciente (e pessoas importantes) em um pensamento mágico.

Auxiliar as pessoas a redefinir conceitos de sucesso e fracasso, se necessário.

Encaminhar a paciente para um grupo de apoio para casais inférteis, conforme apropriado.

Auxiliar na solução de problemas prestando ajuda ao casal na avaliação de alternativas à paternidade/maternidade biológica.

Determinar o efeito da infertilidade na relação do casal.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Bernstein J., Brill M., Levin S., Seibel M. Coping with infertility: A new nursing perspective. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*. 1992;3(2):335-342.

Bobak I.M., Jensen M., Lowdermilk D.L. Maternity & gynecologic care: The nurse and the family, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Hahn S.J. Reproductive technology management. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:19-32.

James C.A. The nursing role in assisted reproductive technologies. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*. 1992;3(2):328-334.

Olshansky E.F. Redefining the concepts of success and failure in infertility treatment. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal & Women's Health Nursing*. 1992;3(2):343-346.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Promoção da Integridade FAMILIAR (7100)

Definição: Promoção da coesão e unidade familiares.

Atividades:

Ser um ouvinte para os membros da família.

Estabelecer uma relação de confiança com os membros da família.

Determinar como a família compreende sua situação.

Determinar os sentimentos da família em relação à sua situação.

Auxiliar a família a resolver sentimentos irrealis de culpa ou responsabilidade, como deve ser.

Determinar relações familiares típicas para cada família.

Monitorar as relações familiares atuais.

Identificar mecanismos de enfrentamento típicos da família.

Identificar prioridades de conflito entre os elementos da família.

Auxiliar a família a solucionar conflitos.

Aconselhar os membros da família sobre outros mecanismos eficientes de enfrentamento que possam utilizar.

Respeitar a privacidade de cada membro da família.

Oferecer privacidade à família.

Dizer aos membros da família que é seguro e normal usar expressões típicas de afeto quando no hospital.

Facilitar atmosfera de união entre os membros da família.

Proporcionar aos familiares as informações sobre a condição do paciente, regularmente, conforme a preferência do paciente.

Cooperar com a família na solução de problemas e tomadas de decisão.

Encorajar a família a manter relações positivas.

Facilitar a comunicação franca entre os elementos da família.

Providenciar cuidados ao paciente pelos membros da família, conforme apropriado.

Facilitar a visita dos familiares.

Encaminhar a família para grupos de apoio ou a outras famílias com problemas semelhantes.

Encaminhar para terapia familiar, se indicada.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Keefe M.R., Barbaos G.A., Froese-Fretz A., Kotzer A.M., Lobo M. An intervention program for families with irritable infants. *MCH American Journal of Maternal Child Nursing*. 2005;30(4):230-236.

McBride K.L., White C.L., Sourial R., Mayo N. Post discharge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;47(2):192-200.

Mu P.F., Kuo H.C., Chang K.P. Boundary ambiguity, coping patterns and depression in mothers caring for children with epilepsy in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42(3):273-282.

Promoção da Integridade FAMILIAR: família que espera um filho (7104)

Definição: Facilitação do crescimento de pessoas ou famílias que estejam acrescentando um bebê à unidade familiar.

Atividades:

Estabelecer uma relação de confiança com os pais.

Escutar as preocupações, os questionamentos e os sentimentos dos familiares.

Respeitar e apoiar o sistema de valores culturais da família.

Identificar padrões de interação familiar.

Ajudar a família a identificar pontos fortes e limitações.

Identificar mecanismos normais de enfrentamento na família.

Auxiliar a família a desenvolver mecanismos de enfrentamento adaptados para lidar com a transição à paternidade/maternidade.

Monitorar a adaptação dos pais à maternidade/paternidade.

Preparar os pais para as mudanças esperadas nos papéis envolvidos na paternidade/maternidade.

Educar os pais sobre potenciais conflitos de papel e sobrecarga de papéis.

Promover a autoeficiência no desempenho do papel de pai/mãe.

Preparar os pais para as responsabilidades da paternidade/maternidade.

Encorajar os pais a expressarem seus valores, crenças e expectativas em relação à paternidade/maternidade.

Auxiliar os pais a terem expectativas realistas dos papéis como pais.

Auxiliar os pais a lidarem com sugestões, críticas e preocupações sobre expectativas do papel de pais e o desempenho de parte de outras pessoas (p. ex., pais, avós, colegas de trabalho, amigos).

Educar os pais sobre os efeitos da privação do sono no funcionamento da família.

Reforçar comportamentos positivos de paternidade/maternidade.

Auxiliar os pais na obtenção de habilidades necessárias para realizarem as tarefas apropriadas ao estágio de desenvolvimento da família.

Auxiliar os pais a equilibrar os papéis profissionais, familiares e conjugais.

Auxiliar a mãe a fazer planos para retorno à vida profissional, conforme apropriado.

Dar oportunidade para os pais expressarem sentimentos sobre a paternidade/maternidade.

Identificar o efeito do recém-nascido na dinâmica e no equilíbrio familiares.

Encorajar os pais a passarem um tempo juntos como casal para manterem a satisfação conjugal.

Encorajar os pais a discutirem as responsabilidades dos papéis de mantenedores do lar.

Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e preocupações sobre a experiência do nascimento.

Explicar as causas e as manifestações da depressão pós-parto.

Encorajar os pais a manterem seus passatempos individuais ou interesses externos.

Encorajar a família a frequentar aulas para preparo dos outros filhos, conforme apropriado.

Dar informações sobre formas de preparar os demais filhos, conforme apropriado.

Dar informações sobre rivalidade entre irmãos, conforme apropriado.

Discutir a reação dos irmãos ao recém-nascido, conforme apropriado.

Auxiliar a família a identificar sistemas de apoio.

Encorajar a família a usar sistemas de apoio, conforme apropriado.

Auxiliar a família a desenvolver novas redes de apoio, conforme apropriado.

Oferecer-se para defender a família.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

- Cowan C.P., Cowan P.A. Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*. 1995;44:412-423.
- Newman B.M. The challenges of parenting infants and young children. In: McKenry P.C., Price S.J., editors. *Families & change: Coping with stressful events and transitions*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000:43-70.
- Swartz M.K., Knafl K. Enhancement of family support systems. In: Craft-Rosenberg M., Krajicek M.J., editors. *Nursing excellence for children & families*. New York: Springer; 2006:77-95.

Promoção do Envolvimento FAMILIAR (7110)

Definição: Facilitação da participação dos membros da família no cuidado físico e emocional do paciente.

Atividades:

- Estabelecer uma relação pessoal com o paciente e seus familiares que estarão envolvidos nos cuidados.
- Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do paciente.
- Criar uma cultura de flexibilidade na família.
- Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do cuidador principal.
- Identificar os déficits no autocuidado do paciente.
- Identificar as preferências dos membros da família quanto ao envolvimento com o paciente.
- Identificar as expectativas dos membros da família em relação ao paciente.
- Antecipar e identificar as necessidades da família.
- Encorajar os familiares e o paciente a auxiliarem na elaboração de um plano de cuidados, inclusive resultados esperados e a implementação desse plano.
- Encorajar os familiares e o paciente a serem assertivos nas interações com os profissionais de cuidados de saúde.
- Monitorar a estrutura e os papéis da família.
- Monitorar o envolvimento dos familiares nos cuidados do paciente.
- Encorajar o cuidado pelos familiares durante a hospitalização ou os cuidados em instituição de atendimento de longo prazo.
- Dar informações importantes aos familiares sobre o paciente, de acordo com a preferência do paciente.
- Facilitar a compreensão dos aspectos médicos da condição do paciente para os familiares.
- Oferecer o apoio necessário aos familiares para que tomem decisões informadas.
- Identificar a percepção dos membros da família sobre a situação, os eventos precipitantes, os sentimentos e os comportamentos do paciente.
- Identificar outros estressores situacionais para os membros da família.
- Identificar sintomas físicos de cada membro da família relacionado ao estresse (p. ex., choro, náusea, vômito, falta de atenção).

Determinar o nível da dependência do paciente em relação aos familiares, conforme sua idade e doença.

Encorajar o foco em todos os aspectos positivos da situação do paciente.

Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento usados pelos familiares.

Identificar com os familiares as dificuldades de enfrentamento do paciente.

Identificar com os familiares os pontos positivos e as capacidades do paciente relativas à família.

Informar os familiares sobre fatores capazes de melhorarem a condição do paciente.

Encorajar os familiares a conservarem ou manterem as relações familiares, conforme apropriado.

Discutir as opções quanto ao tipo de atendimento domiciliar, como morar com um grupo, cuidado em instituições especializadas, ou folgas ao cuidador, conforme apropriado.

Facilitar lidar com os aspectos médicos da doença pelos familiares.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Gosline M.B. Client participation to enhance socialization for frail elders. *Geriatric Nursing*. 2003;24(5):286-289.

Powaski K.M. Nursing interventions in pediatric palliative care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2006;15(3):717-737.

Schumacher K.L., Koresawa S., West C., Hawkins C., Johnson C., Wais E., Dodd M., Paul S.M., Tripathy D., Koo P., Miaskowski C. Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain Symptom Management*. 2002;23(5):369-382.

Terapia FAMILIAR (7150)

Definição: Assistência aos familiares para conduzirem a família para uma forma mais produtiva de vida.

Atividades:

Usar os dados do histórico familiar para encorajar a discussão na família.

Determinar os padrões de comunicação na família.

Identificar como a família resolve os problemas.

Determinar como a família toma decisões.

Determinar se está ocorrendo abuso na família.

Identificar os pontos fortes/recursos da família.

Identificar os papéis usuais no sistema familiar.

Identificar as perturbações específicas relativas às expectativas dos papéis.

Determinar se algum membro da família está experimentando abuso de substância.

Determinar as alianças na família.

Identificar as áreas de insatisfação e/ou conflitos.

Determinar eventos recentes ou iminentes que sejam ameaças à família.

Ajudar os membros da família a ter uma comunicação mais eficiente.

Facilitar a discussão na família.

Ajudar os membros a priorizar e selecionar a questão familiar que necessita de tratamento mais imediato.

Ajudar os membros da família a esclarecer suas necessidades e as expectativas recíprocas.

Facilitar estratégias de redução do estresse.

Oferecer educação e informações.

Ajudar a família a melhorar as estratégias positivas de enfrentamento existentes.

Partilhar o plano terapêutico com a família.

Pedir que os membros da família participem de tarefas de vivência experimental designadas para casa, como fazer algumas refeições unidos.

Oferecer desafios nas discussões da família para estimular novos comportamentos.

Conversar sobre a relação hierárquica de membros do subsistema.

Ajudar os membros da família a mudar a forma de relacionamento com outros membros da família.

Facilitar a reestruturação dos subsistemas familiares, conforme apropriado.

Ajudar a família a fixar metas na direção de uma forma mais competente de lidar com comportamentos disfuncionais.

Monitorar os limites da família.

Monitorar a ocorrência de reações terapêuticas adversas.

Planejar estratégias de finalização e avaliação.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Craft M.J., Willadsen J.A. Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):517-540. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Friedman M.M., Bowden V.R., Jones E.G. Family nursing: Research, theory, and practice, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2003.

Goldenberg I., Goldenberg H. Family therapy: An overview, 6th ed. Pacific Grove, CA: Thomson Learning, 2004.

Johnson G., Kent G., Leather J. Strengthening the parent-child relationship: A review of family interventions and their use in medical settings. *Child: Care Health & Development*. 2005;31(1):25-32.

Kelly M., Newstead L. Family intervention in routine practice: It is possible!. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2004;11(1):64-72.

Minuchin S., Fishman H.C. Family therapy techniques. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

Rojano R. The practice of community family therapy. *Family Practice*. 2004;43(1):59-77.

Walsh F. Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*. 2003;42(1):1-18.

Tratamento da FEBRE (3740)

Definição: Controle do paciente com hiperpirexia causada por fatores não ambientais.

Atividades:

Monitorar a temperatura com a frequência adequada.

Monitorar a perda insensível de líquidos.

Instituir dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central, conforme apropriado.

Monitorar a cor e a temperatura da pele.

Monitorar a pressão sanguínea, pulso e respiração, conforme apropriado.

Monitorar a diminuição do nível de consciência.

Monitorar quanto à atividade convulsiva.

Monitorar valores dos leucócitos sanguíneos, hematócrito e hemoglobina.

Monitorar a ingestão e eliminação.

Monitorar anormalidades eletrolíticas.

Monitorar o desequilíbrio ácido-básico.

Monitorar quanto à presença de arritmias cardíacas.

Administrar medicação antipirética, conforme apropriado.

Administrar medicação para tratamento da causa da febre, conforme apropriado.

Cobrir o paciente somente com lençol, conforme apropriado.

Administrar banho morno de esponja, conforme apropriado.

Estimular ingestão maior de líquidos orais, conforme apropriado.

Administrar líquidos endovenosos, conforme apropriado.

Aplicar à virilha e às axilas bolsa de gelo coberta com toalha.

Aumentar a circulação de ar usando um ventilador.

Encorajar ou realizar higiene oral, conforme apropriado.

Dar a medicação adequada para prevenir ou controlar calafrios.

Administrar oxigênio, conforme apropriado.

Colocar o paciente sobre cobertor de hipotermia, conforme apropriado.

Monitorar a temperatura atentamente para prevenir hipotermia induzida pelo tratamento.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Beutler B., Beutler S. Pathogenesis of fever. In: Wyngaarden J.B., Smith L.H.Jr., Bennett J.C.Jr., editors. *Cecil textbook of medicine*. 19th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:1568-1571.

Craven R.F., Hirnle C.J. The body's defense against infection. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1027-1062.

Preservação da FERTILIDADE (7160)

Definição: Oferecimento de informações, conselhos e tratamento que facilitem a saúde reprodutiva e a capacidade de conceber.

Atividades:

Discutir os fatores relativos à infertilidade (p. ex., idade materna > 35 e doenças sexualmente transmissíveis).

Estimular a concepção antes dos 35 anos de idade, conforme apropriado.

Ensinar à paciente formas de evitar doenças sexualmente transmissíveis.

Informar a paciente sobre sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis e a importância do tratamento precoce e agressivo.

Fazer exame pélvico, conforme apropriado.

Obter culturas cervicais, conforme apropriado.

Prescrever o tratamento, conforme indicado para doença sexualmente transmissível ou infecção vaginal.

Aconselhar a paciente a buscar avaliação e tratamento para doença sexualmente transmissível se o parceiro evidenciar sintomas, mesmo que a paciente não os apresente.

Aconselhar a paciente a levar o parceiro para tratamento de doença sexualmente transmissível, se a cultura for positiva.

Relatar culturas positivas para doença sexualmente transmissível, conforme exigência legal.

Discutir sobre os efeitos de métodos contraceptivos diferentes sobre a fertilidade futura.

Aconselhar a paciente a respeito do uso de contraceptivos.

Recomendar à paciente que evite o uso de dispositivos intrauterinos.

Informar as pacientes sobre perigos profissionais e ambientais à fertilidade (p. ex., radiação, químicos, estresse, infecções, outros fatores ambientais e rotatividade de turnos).

Informar a paciente sobre opções mais conservadoras com possibilidades de preservar a fertilidade quando houver indicação de cirurgia ginecológica ou abdominal.

Encaminhar a paciente para exame completo em decorrência de problemas de saúde que afetem a fertilidade (p. ex., amenorreia, diabetes, endometriose e doença da tireoide).

Estimular tratamento precoce e agressivo para endometriose.

Revisar hábitos de vida que possam alterar a fertilidade (p. ex., tabagismo, uso de substância, consumo de álcool, alimentação, exercício e comportamento sexual).

Encaminhar para um programa de modificação de bem-estar ou estilo de vida, conforme apropriado.

Informar a paciente sobre os efeitos do álcool, cigarro, drogas e outros fatores na produção de esperma e na função sexual masculina.

Encaminhar a paciente com histórico de indícios de possível distúrbio de fertilidade para diagnóstico e tratamento precoces.

Ajudar a paciente a receber apoio no local de trabalho para o tratamento da fertilidade.

Informar a paciente para levar em conta potencial ou falta de potencial de reversão de métodos diferentes de esterilização.

Alertar a paciente que pretende fazer esterilização a considerar que o procedimento é irreversível.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Keating C.E. The role of the expanded function nurse in fertility preservation. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*. 1992;3(2):293-300.

Keleher K.C. Occupational health: How work environments can affect reproductive capacity and outcome. *Nurse Practitioner*. 1991;16(9):23-30. 33-34, 37

Pillitteri A. The infertile couple. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:113-154.

Wilson B. The effect of drugs on male sexual function and fertility. *Nurse Practitioner*. 1991;16(9):12-17. 21-22

Monitoração eletrônica do FETO: durante o parto (6772)

Definição: Avaliação eletrônica da resposta da frequência cardíaca fetal a contrações uterinas no atendimento durante o parto.

Atividades:

Verificar a frequência cardíaca materna e fetal antes de iniciar o monitoramento eletrônico do feto.

Orientar a mulher e a(s) pessoa(s) de apoio sobre a razão do monitoramento eletrônico, além das informações a serem obtidas.

Fazer a manobra de Leopold para determinar a(s) posição(ões) do feto.

Aplicar com firmeza um tocotransdutor para observar a frequência e a duração das contrações.

Palpar para determinar a intensidade da contração com uso do tocotransdutor.

Aplicar transdutor(es) ultrassonoros à área do útero em que os sons cardíacos do feto são audíveis e o traçado é claro.

Diferenciar entre múltiplos fetos, pelo registro do traçado, quando forem feitos traçados simultâneos, usando um monitor eletrônico fetal (p. ex., bebê A, bebê B).

Diferenciar entre fetos múltiplos comparando dados quando forem feitos traçados simultâneos, usando dois monitores fetais separados.

Discutir com a mãe e a pessoa de apoio o aspecto do traçado.

Tranquilizar quanto a sinais normais da frequência cardíaca fetal, inclusive aspectos típicos, como o próprio equipamento, perda de sinal com movimento fetal, frequência elevada e aparência irregular.

Ajustar os monitores para obter e manter a clareza do traçado.

Interpretar a tira do traçado quando, pelo menos, foi obtido traçado de 10 minutos da frequência cardíaca fetal e sinais

de atividade uterina.

Documentar elementos do traçado externo, inclusive frequência(s) cardíaca(s) inicial(is), padrões oscilatórios, variabilidade de longo prazo, acelerações, desacelerações e frequência e duração das contrações.

Documentar cuidados relevantes durante o parto (p. ex., exames vaginais, administração de medicamentos e sinais vitais maternos) diretamente na tira do monitor, conforme apropriado.

Retirar os monitores eletrônicos, se necessário para deambulação, após verificar a normalidade do traçado (p. ex., tranquilizador).

Usar monitoramento fetal intermitente ou por telemetria, se possível, para facilitar a deambulação e o conforto maternos.

Iniciar intervenções de reanimação fetal para tratar padrões cardíacos fetais anormais (p. ex., que não tranquilizam), conforme apropriado.

Documentar as mudanças nos padrões cardíacos do feto após a reanimação.

Calibrar o equipamento, conforme apropriado, para monitoramento interno, com eletrodo em espiral e/ou cateter de pressão uterina.

Usar precauções universais.

Aplicar eletrodo fetal interno após ruptura de membranas, quando necessário, para reduzir equipamento ou avaliar a variabilidade de curto prazo.

Aplicar cateter de pressão uterina interna após ruptura de membranas, quando necessário, para obtenção de dados da pressão relativos a contrações uterinas e tônus em repouso.

Documentar a reação materna à aplicação de monitores internos, inclusive grau de desconforto ou dor, aspecto do líquido amniótico e presença de sangramento.

Documentar a reação fetal à colocação de monitor interno, inclusive variabilidade de curto prazo, acelerações, desacelerações da frequência cardíaca fetal.

Manter o médico informado de mudanças pertinentes na frequência cardíaca do feto, intervenções para padrões de intranquilidade, reação fetal subsequente, evolução do trabalho de parto e reação materna ao trabalho de parto.

Continuar o monitoramento eletrônico durante o segundo estágio do trabalho de parto, ou até a hora do nascimento com cesariana.

Remover os monitores internos antes da cesariana para evitar infecção materna.

Documentar a interpretação do monitor, conforme a política da instituição.

Providenciar comprovante do traçado durante o parto, como parte dos registros/prontuário permanente da paciente.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Fetal heart monitoring principles & practices. Washington, DC: Author, 1993.

Carlton L.L. Module 6: Basic intrapartum fetal monitoring. In: Martin E.J., editor. *Intrapartum management modules*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990:151-234.

Eganhouse D.J. Electronic fetal monitoring: Education and quality assurance. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1991;20(1):16-22.

Eganhouse D.J. Fetal monitoring of twins. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1992;21(1):16-22.

Gilbert E.S., Harmon J.S. Manual of high risk pregnancy & delivery, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Murray M. Essentials of electronic fetal monitoring: Antepartal and intrapartal fetal monitoring. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1988.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Tucker S.M. Pocket guide to fetal monitoring, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1992.

Monitoração eletrônica do FETO: pré-parto (6771)

Definição: Avaliação eletrônica da resposta da frequência cardíaca fetal a movimentos, estímulos externos ou contrações uterinas durante teste no pré-parto.

Atividades:

Revisar o histórico obstétrico, se possível, para determinar fatores de risco obstétricos ou médicos que exijam teste do estado do feto no pré-parto.

Determinar o conhecimento que o paciente tem sobre as razões do teste pré-parto.

Oferecer material escrito à paciente para os testes pré-parto (p. ex., teste de ausência de estresse, da ocitocina e perfil biofísico), além de monitor fetal eletrônico.

Verificar os sinais vitais maternos.

Perguntar sobre ingestão oral, inclusive dieta, uso de cigarro e de medicamentos.

Escrever os dados na tira do monitor conforme o protocolo.

Revisar testes pré-parto anteriores.

Verificar frequências cardíacas da mãe e do feto antes de iniciar o monitoramento eletrônico do feto.

Orientar a paciente sobre o motivo do monitoramento eletrônico, além dos tipos de informações a serem obtidas.

Fazer a manobra de Leopold para determinar a posição(ões) do feto, conforme apropriado.

Aplicar tocotransdutor com firmeza para observar a frequência e a duração das contrações.

Aplicar transdutor(es) ultrassono(s) na área do útero, onde os sons cardíacos do feto são audíveis e com traçado claro.

Distinguir entre fetos múltiplos pela documentação do traçado, quando traçados simultâneos são realizados, usando um monitor eletrônico fetal.

Diferenciar entre fetos múltiplos, comparando dados quando são feitos traçados simultâneos, usando dois monitores fetais diferentes.

Discutir com a mãe e a pessoa de apoio o aspecto do traçado.

Tranquilizar sobre sinais normais da frequência cardíaca do feto, inclusive aspectos característicos, como o próprio equipamento, perda de sinal com movimento fetal, frequência elevada e aparência irregular.

Ajustar os monitores para atingir e manter a clareza do(s) traçado(s).

Obter o traçado inicial da(s) frequência(s) cardíaca(s) do feto, conforme o protocolo, para procedimento específico de teste.

Interpretar a tira do monitor eletrônico para a(s) frequência(s) cardíaca(s) inicial(is), variabilidade de longo prazo e presença de acelerações, desacelerações ou contrações espontâneas.

Oferecer estimulação vibroacústica, conforme o protocolo, ou ordem médica ou de parteira.

Iniciar infusão EV conforme o protocolo para começar o teste de desafio da ocitocina, conforme ordem médica ou de parteira, conforme apropriado.

Aumentar a infusão de ocitocina, conforme o protocolo, até que o número adequado de contrações seja atingido (p. ex., normalmente, três contrações a cada 10 minutos).

Observar a tira do monitor em relação à presença ou ausência de desacelerações tardias.

Interpretar o traçado com base no protocolo quanto a critérios para teste de não estresse ou da ocitocina.

Fazer ultrassom para teste de perfil biofísico, conforme o protocolo, ou ordem médica ou da parteira.

Classificar o ultrassom com base no protocolo quanto a critérios de perfil biofísico.

Comunicar os resultados do teste ao profissional principal ou à parteira.

Dar orientação antecipada quanto a resultados anormais de testes (p. ex., teste não estresse não tranquilizador, teste da ocitocina positivo, ou escore baixo no perfil biofísico).

Marcar novamente os testes pré-parto, conforme o protocolo, ou ordem médica ou de parteira.

Dar instruções escritas na alta, lembrando a paciente sobre datas de testes futuros e outras razões para voltar para atendimento (p. ex., início do trabalho de parto, perda espontânea do líquido da bolsa, sangramento e diminuição dos movimentos fetais).

Limpar o equipamento, inclusive as cintas abdominais.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Chez B.F., Skurnick J.H., Chez R.A., Verklan M.T., Biggs S., Hage M.L. Interpretations of nonstress tests by obstetric nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 1990;19(3):227-232.

Eganhouse D.J. Fetal monitoring of twins. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 1992;21(1):16-22.

Fresquez M.L., Collins D.E. Advancement of the nursing role in antepartum fetal evaluation. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 1992;5(4):16-22.

Gregor C.L., Paine L.L., Johnson T.R.B. Antepartum fetal assessment. A nurse-midwifery perspective. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1991;36(3):153-167.

Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Nursing practice competencies and educational guidelines: Antepartum fetal surveillance and intrapartum fetal heart monitoring, 2nd ed. Washington, DC: Author, 1991.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Sabey P.L., Clark S.L. Establishing an antepartum testing unit: The nurse's role. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 1992;5(4):23-32.

Redução da FLATULÊNCIA (0470)

Definição: Prevenção da formação de flatos e facilitação da eliminação de gases em excesso.

Atividades:

Ensinar ao paciente como são produzidos os flatos e os métodos para alívio.

Ensinar o paciente a evitar situações que causem deglutição excessiva de ar, como mascar chiclete, ingerir bebidas gaseificadas, comer com rapidez, sugar com canudos, mastigar com a boca aberta ou conversar com a boca cheia.

Ensinar o paciente a evitar alimentos causadores de flatulência, como feijões, repolho, cebola, couve-flor e pepino.

Discutir sobre o consumo de derivados do leite.

Monitorar a ocorrência de sensação de plenitude, distensão abdominal, espasmos e eliminação excessiva de gases pela boca ou ânus.

Monitorar os ruídos intestinais.

Monitorar os sinais vitais.

Oferecer exercícios adequados (p. ex., deambulação).

Inserir sonda nasogástrica ou sonda retal lubrificada no reto, conforme apropriado, fixá-la no local com esparadrapo e inserir a extremidade distal da sonda em recipiente.

Administrar laxante, supositório ou enema, conforme apropriado.

Monitorar os efeitos colaterais da administração de medicamentos.

Limitar a ingestão oral se o sistema gastrointestinal inferior estiver inativo.

Posicionar o paciente deitado sobre o lado esquerdo, com os joelhos flexionados, conforme apropriado.

Oferecer medicamentos anti-flatulência, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 2000:1086.

Evans-Smith P. Taylor's clinical nursing skills. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005:513-515.

Levy D.J., Rosenthal W.S. Gastrointestinal gas. *Hospital Medicine*. 1985;21(4):1317-1319. 22-25

Ribakove B.M. Gas ... flatus. *Health*. 1982;14(12):48-49.

Vaughn J.B., Nemcek M.A. Postoperative flatulence: Causes and remedies. *Today's OR Nurse*. 1986;8(10):19-23.

Coleta de Dados FORENSES (7940)

Definição: Coleta e registro de dados pertinentes ao paciente para relatório forense.

Atividades:

Estabelecer comunicação com o paciente ou pessoa importante, conforme apropriado.

Estabelecer uma relação profissional cooperativa com todos os outros examinadores.

Realizar todas as etapas do exame, inclusive as normais.

Registrar as omissões nos exames, inclusive a justificativa para elas.

Registrar apenas os fatos (p. ex., o que foi examinado, o que foi normal [negativas pertinentes], o que foi anormal), conforme o encontrado no momento do exame.

Descrever as lesões físicas segundo tamanho, cor, tipo de lesão, localização (acrescentar profundidade e trajetória, se indicadas).

Medir em centímetros e milímetros, inclusive as maiores dimensões perpendiculares de ferimentos irregulares.

Descrever os ferimentos de forma simples e com as cores mais básicas possíveis (p. ex., vermelho, azul, roxo, marrom-avermelhado).

Determinar o local do ferimento em duas dimensões (comprimento e ponto médio), tendo o corpo dividido em linha média anterior e posterior, descrevendo em termos de proporção à direita ou à esquerda da linha média.

Medir de forma consistente, partindo do centro da lesão descrita.

Registrar todas as contusões imediatamente, já que as marcas desaparecem e se perdem como evidências.

Registrar a direção das abrasões usando as descamações acumuladas das células epiteliais no lado oposto ao da força.

Distinguir lacerações de ferimentos incisionais e com objetos cortantes.

Observar a ordem dos ferimentos e os motivos pelos quais uns são os primeiros, os segundos etc., quando possível.

Evitar listas longas de possíveis instrumentos causadores das lesões (implica incerteza e incompetência no exame).

Determinar a trajetória do ferimento.

Descrever ferimentos à bala de forma completa (p. ex., restos de pólvora, marca, anel abrasivo, ausência de sinais de pólvora etc.).

Descrever os ferimentos à bala como o mostrador de um relógio e identificar no relatório onde se localizam as 12 horas no corpo.

Descrever contusões ou descolorações no entorno de ferimentos à bala, inclusive marcas da boca da arma de fogo.

Usar diagramas e fotografias do corpo para suplementar o relatório escrito.

Atender às regras sobre informações que precisam ser adicionadas a cada diagrama do corpo (p. ex., número do caso, nome da vítima, data e hora do exame, horário do término do exame, nomes e números de identificação das pessoas presentes durante o exame).

Desenhar todos os aspectos identificadores (p. ex., cicatrizes, tatuagens, esmalte das unhas, perfurações no corpo, lesões de pele).

Desenhar cicatrizes em sua orientação no corpo.

Tirar fotos dos ferimentos como se fossem fotos da cena do crime (p. ex., a vítima como parte da cena do crime, número do caso em todas as fotos), garantindo que o número do caso não encubra ou coloque sombras sobre os ferimentos.

Obter as primeiras fotos mostrando o corpo por inteiro antes da limpeza das lesões.

Obter o conjunto seguinte de fotos de local mais intermediário e mais próximo, com identificadores ou marcos (p. ex., mamilos em ferimento no tórax).

Obter as fotos finais bem próximas (a lesão preenche quase toda a fotografia, com um pequeno número identificador) antes e depois da limpeza.

Garantir que sejam tiradas duas fotos com a trajetória da bala (uma com e outra sem a trajetória), garantindo que nada

esteja encoberto na foto com a trajetória.

Garantir que as fotos dos ferimentos sejam tiradas perpendiculares à superfície da pele para evitar distorção.

Garantir que as fotografias incluam uma escala de medida relativa à perspectiva.

Garantir que as escalas de cor sejam parte da fotografia de ferimentos coloridos para evitar distorção de cores.

Lavar as áreas lesionadas e secar formando borrões antes de fotografar para evitar brilho devido à umidade e garantir o uso pelos jurados.

Descrever as roupas (p. ex., marca, tamanho), joias e pertences pessoais.

Registrar onde foram encontrados os objetos (p. ex., relógio de metal amarelo no pulso esquerdo).

Registrar informações pertinentes relativas aos objetos (p. ex., ferida à bala com pólvora na camisa).

Garantir que todos os objetos sejam fotografados.

Fazer um diagrama de todas as intervenções médicas (p. ex., coxim ECG, tubos endotraqueais, IVs, Foleys).

Coletar e embalar todas as amostras em embalagens de papel identificadas com clareza.

Registrar data, hora, tipo e método de coleta de todas as amostras.

Usar protocolo correto da cadeia de evidências para todas as amostras.

Registrar outras informações ou eventos ocorridos posteriormente, como Adendo ao Relatório.

Descrever todas as reações às informações ou eventos adicionais surgidos posteriormente (p. ex., exame de violência sexual feito 24 horas mais tarde após apresentação de evidência indicativa de ocorrência de violência sexual).

Planejar visitas diárias de acompanhamento com a vítima, se possível, para documentar os padrões surgidos nas lesões.

Preparar os relatórios como de costume em relação às exigências legais do estado para evidências (p. ex., data completa, horário militar, tinta preta, ausência de corretor, número das páginas, inclusive dos diagramas e fluxogramas, todas as páginas rubricadas, ausência de espaços em branco).

Obedecer ao protocolo do hospital ou do examinador médico em relação ao armazenamento dos relatórios originais; se autônomo, guardar os próprios originais.

Obter um registro das anotações com todos os contatos sobre o caso, que serão parte do arquivo do caso.

Gerar um relatório chamado Relatório Anexo com tudo o que tiver que ser reescrito ou corrigido devido a algum erro, inclusive data e hora do novo relatório, motivo do relatório e descrição do erro no relatório original, incluindo a correção.

Conseguir informações de outros examinadores (p. ex., examinador médico, médico do setor de emergência, enfermeiro do setor de emergência) quando não puder conseguir informações sozinho (p. ex., trajetória do ferimento, profundidade do ferimento).

Documentar as informações, informante e titulação, data e hora da coleta dos dados, quando obtidas informações de outros examinadores.

Buscar aconselhamento e cuidado de acompanhamento adequados para as vítimas e os familiares, conforme indicação.

Quinta edição 2008.

- Burgess A.W., Brown K., Bell K., Ledray L.E., Poarch J.C. Sexual abuse of older adults: Assessing for signs of a serious crime and reporting it. *American Journal of Nursing*. 2005;105(10):66-71.
- Calianno C., Martin-Boyan A. When is it appropriate to photograph a patient's wound? *Advances in Skin & Wound Care*. 2006;19(6):304-307.
- Cohen S.S. Trauma nursing secrets. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus Medical Publishers, 2003.
- Hoyt C.A. Integrating forensic science into nursing processes in the ICU. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2006;29(3):259-270.
- Lynch V.A. Forensic nursing. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

FOTOTERAPIA: recém-nascido (6924)

Definição: Uso de terapia com luz para reduzir níveis de bilirrubina em bebês recém-nascidos.

Atividades:

Revisar o histórico de fatores de risco da mãe e do bebê para hiperbilirrubinemia (p. ex., incompatibilidade Rh e ABO, policitemia, sepse, prematuridade, malformação).

Observar o bebê quanto a sinais de icterícia.

Prescrever a coleta de níveis de bilirrubina sérica, conforme apropriado segundo o protocolo da instituição ou solicitação do profissional responsável.

Informar os valores laboratoriais ao profissional responsável.

Colocar o bebê em berço especial.

Orientar a família sobre os procedimentos e os cuidados em fototerapia.

Aplicar proteções sobre os dois olhos evitando pressão excessiva.

Retirar as proteções oculares a cada quatro horas, ou quando as luzes estiverem apagadas, para contato com os pais e para alimentação.

Monitorar os olhos quanto a edema, secreção e coloração.

Colocar as luzes da fototerapia acima do bebê, a uma altura adequada.

Verificar a intensidade das luzes diariamente.

Monitorar os sinais vitais conforme o protocolo ou sempre que necessário.

Mudar a posição do bebê a cada quatro horas ou conforme o protocolo da instituição.

Monitorar os níveis da bilirrubina sérica conforme o protocolo da instituição, ou solicitação do profissional responsável.

Avaliar o estado neurológico a cada quatro horas ou conforme o protocolo da instituição.

Observar o surgimento de sinais de desidratação (p. ex., fontanelas deprimidas, turgor da pele diminuído, perda de peso).

Pesar o bebê diariamente.

Estimular oito refeições diárias.

Encorajar a família a participar da fototerapia.

Orientar a família sobre fototerapia em casa, conforme apropriado.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Merenstien G., Gardner S. Handbook of neonatal intensive care. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Pillitteri A. Nursing care of the high-risk newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:747-795.

FOTOTERAPIA: regulação do humor/sono (6926)

Definição: Administração de sessões de luz forte para melhorar o humor e/ou normalizar o relógio biológico do organismo.

Atividades:

Obter prescrição médica para a fototerapia (*i.e.*, frequência, distância, intensidade e duração da fototerapia), conforme apropriado.

Orientar o paciente/pessoa importante sobre o tratamento (*i.e.*, indicações de uso, procedimento do tratamento).

Auxiliar o paciente a obter a fonte de luz adequada para o tratamento.

Auxiliar o paciente a instalar a fonte de luz conforme a prescrição, preparando o tratamento.

Apoiar o uso do tratamento pelo paciente.

Supervisionar o paciente, se necessário, durante o tratamento.

Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais do tratamento (p. ex., cefaleia, tensão ocular, náusea, insônia, hiperatividade).

Interromper o tratamento se o paciente apresentar efeitos colaterais.

Notificar o médico responsável sobre efeitos secundários.

Notificar o tratamento, conforme a prescrição, para reduzir/eliminar os efeitos secundários.

Documentar o tratamento e a resposta do paciente.

Quarta edição.

Leituras Sugeridas:

Elmore S.K. Seasonal affective disorder, Part II: Phototherapy, an expanded role of the psychosocial nurse. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1991;5(6):365-372.

Frisch N.C. Complimentary and somatic therapies (2001). In: Frisch N.C., Frisch L.E., editors. *Psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar; 2001:743-757.

Hagerty B. Mood disorders: Depression and mania. In: Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A., editors. *Psychiatric mental health nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 2000:258-262.

Stuart G. Somatic therapies. In: Sturart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1998:604-617.

Ferman M., Terman J.S. Bright light therapy: Side effects and benefits across the symptoms spectrum. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60(11):799-808.

Townsend M. Psychiatric/mental health concepts of care, 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2000.

University of Iowa Hospitals & Clinics Department of Nursing. Light therapy. In *In standards manual, Behavioral Health Service (BHS) — Psychiatric*. Iowa

Precauções contra FUGA (6470)

Definição: Minimização do risco de paciente sair do local do tratamento sem autorização quando a partida representar uma ameaça à sua segurança ou à de outras pessoas.

Atividades:

Monitorar o paciente quanto a indícios de potencial de fuga (p. ex., indicadores verbais, permanência em locais próximos às saídas, múltiplas camadas de roupa, desorientação, ansiedade da separação e saudades de casa).

Esclarecer a situação legal do paciente (p. ex., menor ou adulto e tratamento voluntário ou por ordem judicial).

Comunicar o risco a outros cuidadores.

Familiarizar o paciente com o ambiente e a rotina para reduzir a ansiedade.

Limitar o paciente a um ambiente fisicamente seguro (p. ex., portas trancadas ou com alarme nas saídas e janelas com tranca), se necessário.

Providenciar dispositivos de adaptação para limitar a mobilidade, se necessário (p. ex., cama com grade/estrutura especial, portões, portas em duas partes [*Dutch door*] e contenção física).

Oferecer um nível adequado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente.

Aumentar a supervisão/vigilância quando o paciente se encontrar fora de ambiente seguro (p. ex., dar a mão e aumentar a proporção de funcionários em relação ao número de pacientes).

Providenciar dispositivos de adaptação que monitorem a localização física do paciente (p. ex., sensores eletrônicos colocados no paciente que desencadeiam alarmes ou trancas).

Registrar a descrição física (p. ex., altura, peso, cor dos olhos/cabelos/pele e outras características distintivas) como referência caso o paciente fuja.

Colocar no paciente pulseira de identificação.

Designar cuidadores constantes diariamente.

Encorajar o paciente a buscar cuidadores para ajudá-lo se experimentar sentimentos (p. ex., ansiedade, raiva e medo) capazes de levar à fuga.

Oferecer tranquilidade e conforto.

Discutir com o paciente os motivos pelos quais deseja sair do local do tratamento.

Identificar com o paciente, quando adequado, as consequências positivas e negativas do abandono do tratamento.

Identificar com o paciente, quando possível, todas as variáveis que possam ser alteradas para que ele se sinta mais confortável ao permanecer no local do tratamento.

Encorajar o paciente, se apropriado, a assumir o compromisso de continuar o tratamento (p. ex., contrato).

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Cipkala-Gaffin J.A., Cipkala-Gaffin G.L. Developmental disabilities and nursing interventions. In: Birckhead L.M., editor. *Psychiatric mental health nursing. The therapeutic use of self*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1989:349-379.

Holnsteiner M.G. Elopement, potential for. In: McFarland G.K., Thomas M.D., editors. *Psychiatric mental health nursing: Application of the nursing process*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:222-227.

McIndoe K.I. Elope. Why psychiatric patients go AWOL. *Journal of Psychosocial Nursing*. 1986;26(1):16-20.

Assistência para Parar de FUMAR (4490)

Definição: Ajuda a outra pessoa para parar de fumar.

Atividades:

Registrar o estado atual do uso do cigarro e a história como fumante.

Determinar a prontidão do paciente para aprender sobre como parar de fumar.

Monitorar a prontidão do paciente para tentar parar de fumar.

Dar conselhos claros e coerentes para deixar de fumar.

Ajudar o paciente a identificar as razões para deixar de fumar e as barreiras para isso.

Orientar o paciente sobre os sintomas físicos de retirada da nicotina (p. ex., dor de cabeça, tontura, náusea, irritação e insônia).

Tranquilizar o paciente de que os sintomas de carência de nicotina são temporários.

Informar o paciente sobre produtos que substituem a nicotina (p. ex., adesivo, goma de mascar, *spray* nasal, inalador) para ajudar a reduzir os sintomas físicos de falta de nicotina.

Ajudar o paciente a identificar aspectos psicossociais (p. ex., sentimentos positivos e negativos associados ao uso do cigarro) que influenciam o comportamento de fumante.

Ajudar o paciente a desenvolver um plano para parar de fumar que aborde os aspectos psicossociais que influenciam o comportamento de fumante.

Ajudar o paciente a reconhecer indicadores que o levam a fumar (p. ex., estar perto de outros fumantes, frequentar locais em que é permitido fumar).

Ajudar o paciente a desenvolver métodos práticos para resistir aos desejos fortes (p. ex., passar tempo com amigos não fumantes, frequentar locais em que é proibido fumar, exercícios de relaxamento).

Ajudar a escolher o melhor método para abandonar o cigarro, quando o paciente estiver pronto para isso.

Ajudar os pacientes motivados a fixar uma data para parar de fumar.

Dar encorajamento para manter um estilo de vida sem o cigarro (p. ex., celebrar o dia em que parou de fumar; encorajar todo tipo de recompensa a intervalos específicos numa vida sem cigarro, a primeira semana, o primeiro mês, seis meses; encorajar a poupança do dinheiro antes usado com o cigarro para comprar uma recompensa especial).

Encorajar o paciente a unir-se a um grupo de apoio para parar de fumar que ele encontre todas as semanas.

Encaminhar para programas de grupo ou terapias individuais, como convier.

Ajudar o paciente com métodos de autoajuda.

Ajudar o paciente a planejar estratégias específicas de enfrentamento e a resolver problemas que resultem de ter parado de fumar.

Aconselhar a evitar fazer dieta enquanto tenta parar de fumar, porque isso pode minar as chances de abandonar o cigarro.

Aconselhar a elaborar um plano de enfrentamento de outros indivíduos que fumam e a evitar a ficar perto deles.

Informar o paciente que boca seca, garganta que coça e sentir-se no limite são sintomas que podem ocorrer após deixar de fumar; o adesivo ou o chiclete podem ajudar nos momentos de grande desejo de fumar.

Aconselhar a ter uma lista de „escorregões” ou quase-escorregões, suas causas e o que o paciente aprendeu com eles.

Aconselhar a evitar o tabaco para outros usos, como mascar o tabaco, uma vez que podem levar ao vício e/ou problemas de saúde, inclusive câncer oral, problemas gengivais, perda de dentes e problemas cardíacos.

Controlar a terapia de reposição de nicotina.

Fazer contato com organizações nacionais e locais em busca de materiais.

Acompanhar o paciente por dois anos após parar de fumar, quando possível, para oferecer encorajamento.

Combinar contato telefônico frequente com o paciente (p. ex., para admitir que parar é difícil, para reforçar a importância de continuar abstinente, para parabenizar pelo progresso).

Ajudar o paciente quando ocorrerem lapsos (p. ex., tranquilizá-lo de que não é um „fracassado”; tranquilizar dizendo que muito pode ser aprendido com essa recaída temporária e ajudar o paciente a identificar as razões da recaída).

Apoiar o paciente que começa a fumar novamente, ajudando-o a identificar o que aprendeu.

Encorajar o paciente que teve uma recaída a tentar novamente.

Promover políticas que estabeleçam e obriguem a um ambiente sem o cigarro.

Funcionar como um modelo de papel de alguém que não fuma.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Lenaghan N.A. The nurse's role in smoking cessation. *MEDSURG Nursing*. 2000;9(6):298-312.

O'Connell K.A., Smoking cessation: Research on relapse crises. Fitzpatrick J.J., Taunton R.L., Benoliel J.Z., editors. *Annual Review of Nursing Research*. New York: Springer; 1990;8:83-100.

O'Connell K.A., Koerin C.A. Smoking cessation assistance. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:438-450.

U.S. Department of Health and Human Services. Smoking cessation: Clinical practice guideline No. 18. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy & Research, 1997.

Wewers M.E., Ahijeoych K.L., Smoking cessation interventions in chronic illness. Fitzpatrick J.J., Norbeck J., editors. *Annual Review of Nursing Research*. New York: Springer; 1996;14:75-93.

Desenvolvimento de FUNCIONÁRIOS (7850)

Definição: Desenvolvimento, manutenção e monitoramento da competência da equipe.

Atividades:

Identificar necessidades de aprendizagem da equipe (p. ex., novidades ou mudança nas políticas e nos procedimentos, novo contratado na empresa, transferência dentro da empresa, novas exigências de trabalho, treinamento cruzado, atualização nos equipamentos, tendências em emergência, treinamento de habilidades).

Identificar características do aprendiz (p. ex., alfabetização, linguagem, histórico educacional, experiência anterior, idade, motivação, atitude).

Identificar problemas de desempenho (p. ex., déficit de conhecimentos, déficit de habilidades, déficit de motivação), se necessário.

Identificar meta(s) da instrução (p. ex., informar a equipe sobre mudanças, dar conhecimentos e habilidades, melhorar a proficiência, melhorar a competência).

Identificar padrão(ões) de obtenção de aprendizagem (p. ex., psicomotor, interpessoal, de raciocínio crítico).

Determinar os objetivos de aprendizagem por instruções.

Identificar o conteúdo da instrução.

Identificar limites para a instrução (p. ex., tempo, disponibilidade de equipamento).

Identificar os recursos que apoiem a instrução (p. ex., consultoria de especialistas, materiais de aprendizagem, tempo, recursos financeiros).

Identificar a pessoa(s) apropriada(s) para dar a instrução.

Organizar e elaborar o conteúdo da instrução.

Elaborar atividades de ensino e aprendizagem.

Criar métodos de pré- e pós-levantamento de dados/avaliação.

Oferecer o programa de instrução (p. ex., pacotes de aprendizagem autodirecionada, apresentação em aula, apresentação em pequenos grupos, treinamento no local de trabalho).

Avaliar a eficácia da instrução.

Oferecer *feedback* sobre os resultados da instrução para desenvolvimento dos funcionários aos indivíduos adequados.

Monitorar a competência das habilidades da equipe.

Realizar revisões periódicas das competências.

Determinar a frequência necessária dos funcionários da equipe às instruções de desenvolvimento para manter a competência.

Dar assistência financeira e tempo livre para a frequência nos programas educativos exigidos pelo emprego.

Encorajar a participação na revisão por especialistas.

Encorajar a leitura de periódicos profissionais.

Encorajar a participação em organizações profissionais.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Supervisão de FUNCIONÁRIOS (7830)

Definição: Facilitação do oferecimento de cuidados altamente qualificados ao paciente por outras pessoas.

Atividades:

Criar um ambiente de trabalho que valide a importância de cada empregado para a organização.

Reconhecer a área de especialização dos empregados.

Selecionar um estilo administrativo adequado à situação de trabalho e às características dos funcionários.

Encorajar a comunicação franca.

Identificar oportunidades de participação no processo decisório.

Oferecer uma descrição do trabalho a todos os empregados novos.

Dar expectativas claras sobre o desempenho no trabalho.

Compartilhar os métodos de avaliação usados com o empregado.

Reforçar o trabalho em equipe e um senso de finalidade do grupo de trabalho.

Fixar metas para a equipe, conforme apropriado.

Levar em conta o crescimento do empregado nas tarefas de trabalho.

Partilhar informações sobre a organização e planos futuros.

Escutar as preocupações e sugestões dos empregados.

Oferecer *feedback* sobre o desempenho profissional a intervalos regulares.

Oferecer acompanhamento e estímulos.

Reforçar verbalmente desempenhos bons/excelentes.

Proporcionar reconhecimento de comportamentos que apoiem as metas da organização.

Manter uma atitude de confiança nos outros.

Buscar conselhos com os empregados, conforme apropriado.

Usar redes informais para o alcance das metas.

Proporcionar desafios e oportunidades para o crescimento dos empregados.

Monitorar a qualidade do desempenho profissional.

Monitorar a qualidade das relações do empregado com outros provedores de cuidados de saúde.

Documentar pontos fortes e fraquezas do empregado.

Aconselhar, quando apropriado.

Facilitar aos empregados oportunidades de serem „vencedores”.

Buscar informações sobre as preocupações do empregado relativas ao cuidado do paciente e ao ambiente de trabalho.

Buscar *feedback* de pacientes sobre o atendimento dado.

Encorajar a equipe a solucionar os próprios problemas.

Iniciar ação disciplinar, conforme apropriado, conforme as políticas e os procedimentos.

Aconselhar os empregados sobre formas de aperfeiçoamento do desempenho, conforme apropriado.

Marcar prazos para mudanças de comportamento necessárias, conforme apropriado.

Providenciar nova educação se necessária para melhorar o desempenho.

Preencher formulários de avaliação a intervalos de tempo adequados.

Discutir em particular os resultados das avaliações.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Buccheri R.C. Nursing supervision: A new look at an old role. *Nursing Administration Quarterly*. 1986;11(1):11-25.

Christen J.W. The changing nature of first-line supervision. *The Health Care Supervisor*. 1987;5(2):65-70.

Hersey P. Situational leadership in nursing. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1989.

Hersey P., Blanchard K., Johnson D.E. Management of organizational behavior: Utilizing human resources, 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2001.

Swansburg R.C. Management and leadership for nurse managers. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1990.

G

Sondagem GASTROINTESTINAL (1080)

Definição: Inserção de uma sonda no trato gastrointestinal.

Atividades:

Escolher tipo e tamanho de sonda nasogástrica para inserção, levando em conta o uso e a justificativa para inseri-la.

Explicar as razões do uso da sonda gastrointestinal ao paciente e à família.

Inserir a sonda de acordo com o protocolo da instituição.

Dar ao paciente um copo com água ou lascas de gelo para deglutir durante a inserção, conforme apropriado.

Posicionar o paciente deitado sobre o lado direito para facilitar a movimentação da sonda na direção do duodeno, conforme apropriado.

Dar medicação para aumentar o peristaltismo, conforme apropriado.

Determinar a colocação correta da sonda, observando aparecimento de sinais e sintomas de entrada na traqueia, checando a cor e/ou o nível do pH do aspirado, examinando a cavidade oral e/ou observando a colocação em radiografias, se adequado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Boyes R.J., Kruse J.A. Nasogastric and nasoenteric intubation. *Critical Care Clinics*. 1992;8(4):865-878.

Evans-Smith P. Taylor's clinical nursing skills. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005;440-444.

Metheny N. Measures to test placement of nasogastric and nasointestinal feeding tubes: A review. *Nursing Research*. 1988;37(6):324-329.

Metheny N. Minimizing respiratory complications of nasoenteric tube feedings: State of the science. *Heart & Lung*. 1993;22(3):213-223.

Rakel B.A., Titler M., Goode C., Barry-Walker J., Budreau G., Buckwalter K.C. Nasogastric and nasointestinal feeding tube placement: An integrated review of research. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*. 1994;5(2):194-206.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. Mosby's clinical nursing, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Aconselhamento GENÉTICO (5242)

Definição: Uso de processo interativo de ajuda no enfrentamento, com foco na assistência ao indivíduo, família, ou grupo que apresenta, ou corre risco de desenvolver ou transmitir um defeito de nascença, ou uma condição genética.

Atividades:

Dar privacidade e garantir o sigilo.

Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito.

Determinar a finalidade, metas e agenda de consulta para o paciente em relação à sessão de aconselhamento genético.

Determinar a base de conhecimentos, mitos, percepções e ideias erradas relativas a defeito congênito ou condição genética.

Determinar a presença e a qualidade do apoio familiar, de outros sistemas de apoio e de habilidades anteriores de enfrentamento.

Fazer cálculos do risco do paciente, com base no fenótipo (características do paciente), no histórico familiar (análise da linhagem), em informações de cálculo de risco, ou no genótipo (resultados de exames genéticos).

Providenciar cálculos do risco de ocorrência ou recorrência para o paciente e os familiares de risco.

Dar informações sobre a história natural da doença ou da condição e/ou estratégias de tratamento, além de estratégias de prevenção, quando conhecidas.

Dar informações sobre riscos, benefícios e limitações de tratamento, além das opções para lidar com o risco de recorrência, de uma forma não autoritária.

Oferecer apoio ao processo decisório enquanto os pacientes analisam suas opções.

Priorizar áreas de redução de riscos junto com o indivíduo, a família ou o grupo.

Monitorar a reação do paciente quando ele fica sabendo dos próprios fatores de risco genético.

Possibilitar a expressão dos sentimentos.

Apoiar o paciente no processo de enfrentamento.

Instituir habilidades de apoio em crises, quando necessário.

Providenciar encaminhamento para especialistas em atendimento genético de saúde, quando necessário.

Encaminhar para recursos da comunidade, inclusive grupos de apoio genético, quando necessário.

Oferecer ao paciente um resumo escrito da sessão de aconselhamento genético, conforme seja indicado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Braithwaite D., Emery J., Walter F., Prevost T., Sutton S. Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: Review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004;96(2):122-133.
- Cohen F.L. Clinical genetics in nursing practice, 3rd ed. New York: Springer, 2005.
- Pieterse A.H., van Dulmen S., van Dijk S., Bensing J.M., Ausems M.G.E.M. Risk communication in completed series of breast cancer genetic counseling visits. *Genetics in Medicine*. 2006;8(11):688-696.
- Scanlon C., Fibison W. Managing genetic information: Implications for nursing practice. Washington, DC: American Nurses Association, 1995.
- Skirton H., Patch C., Williams J. Applied genetics in healthcare. Oxford: Taylor & Francis, 2005.
- Williams J.K. Genetic counseling. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:201-220.

Cuidados com Aparelho GESSADO: manutenção (0762)

Definição: Cuidado com o aparelho gessado após o período de secagem.

Atividades:

Monitorar o surgimento de sinais de infecção (odor desagradável no gesso, eritema, febre).

Monitorar o surgimento de sinais de prejuízo circulatório, ou da função neurológica na extremidade com gesso (p. ex., dor, palidez, ausência de pulso, parestesias, paralisia e pressão).

Monitorar a circulação e a função neurológica dos tecidos acima e abaixo do gesso.

Tratar imediatamente os sintomas de circulação comprometida e dor (p. ex., reposicionar o aparelho gessado, fazer exercícios de amplitude de movimentos na extremidade; agir imediatamente para aliviar a pressão do gesso).

Examinar o aparelho gessado em busca de sinais de drenagem das feridas sob o gesso.

Marcar a circunferência de qualquer drenagem, como medida para futuras investigações.

Proteger o aparelho gessado se localizado próximo à virilha.

Orientar o paciente para não coçar a pele sob o aparelho gessado usando objetos.

Oferecer alternativas ao ato de coçar (p. ex., ar frio de secador de cabelos).

Evitar molhar o aparelho gessado (p. ex., usar proteção adequada no banho ou higiene íntima, meias ou luvas protetoras).

Posicionar o aparelho gessado sobre travesseiros para reduzir a tensão a outras partes do corpo, com o calcanhar com gesso fora do travesseiro.

Aplicar gelo nas primeiras 24 a 36 horas para reduzir edema ou inflamação.

Elevar a extremidade com gesso na altura do coração ou acima para reduzir edema ou inflamação.

Verificar o surgimento de fissuras ou rachaduras no gesso.

Aplicar tipoia no braço para apoio, conforme apropriado.

Forrar os cantos mais ásperos e as conexões da tração.

Ensinar os cuidados do aparelho gessado ao paciente e familiares.

Registrar as instruções de cuidado do aparelho gessado dadas ao paciente e familiares.

Registrar as observações da capacidade do paciente para cuidar do aparelho gessado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

McCance K.L., Huether S.E. Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of nursing, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Smeltzer S.C., Bare B. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Cuidados com Aparelho GESSADO: úmido (0764)

Definição: Cuidado de aparelho gessado novo durante o período de secagem.

Atividades:

Monitorar a ocorrência de sinais de prejuízo da circulação ou função neurológica (p. ex., dor, palidez, ausência de pulso, parestesias, paralisia e pressão) na extremidade afetada.

Monitorar a circulação e a função neurológica dos tecidos acima e abaixo do aparelho gessado.

Tratar imediatamente os sintomas de circulação comprometida para evitar dano permanente da condição neurológica (p. ex., reposicionamento do gesso, informação de sintomas não solucionados que precisem de alívio imediato da pressão do gesso).

Apoiar o aparelho gessado com travesseiros durante o período de secagem.

Manusear a extremidade gessada apenas com as palmas das mãos até secar para evitar marcas dos dedos no gesso, capazes de causar feridas de pressão.

Informar o paciente de que o gesso ficará quente enquanto seca.

Proteger o gesso se ficar próximo da virilha.

Manter os ângulos do aparelho gessado durante o período de secagem.

Examinar o aparelho gessado em busca de sinais de drenagem de feridas abaixo dele.

Marcar a circunferência da drenagem surgida como medida para futuras investigações.

Explicar a necessidade de limitar as atividades durante a secagem.

Identificar todas as mudanças nas sensações ou aumento de dor no local da fratura.

Aplicar gelo nas primeiras 24 a 36 horas para reduzir o edema ou inflamação, conforme apropriado.

Elevar a extremidade com gesso ao nível do coração ou acima dele para reduzir edema ou inflamação, se indicado.

Ensinar ao paciente e familiares os cuidados com o aparelho gessado.

Registrar as instruções de cuidados do aparelho gessado dadas ao paciente e aos familiares.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of nursing, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Smeltzer S.C., Bare B. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Smith S., Duell D. Clinical nursing skills, 3rd ed. Los Altos, CA: National Nursing Review, 1992.

Cuidados na GRAVIDEZ de Alto Risco (6800)

Definição: Identificação e controle de uma gravidez de alto risco, para promover resultados saudáveis à mãe e ao bebê.

Atividades:

Determinar a presença de fatores clínicos relacionados ao risco na gravidez (p. ex., diabetes, hipertensão, lúpus eritematoso, herpes, hepatite, HIV e epilepsia).

Revisar o histórico obstétrico em busca de fatores de risco relacionados à gravidez (p. ex., prematuridade, gravidez pós-termo, pré-eclâmpsia, múltiplas gestações, retardo do crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta,

placenta prévia, sensibilidade no fator Rh, rompimento prematuro de membranas e histórico familiar de doença genética).

Reconhecer os fatores demográficos e sociais relacionados a um resultado de risco para a gravidez (p. ex., idade materna, raça, pobreza, cuidado pré-natal tardio ou inexistente, abuso físico e abuso de substâncias).

Determinar o conhecimento da paciente sobre os fatores de riscos identificados.

Encorajar a expressão de sentimentos e medos acerca de mudanças no estilo de vida, bem-estar fetal, mudanças financeiras, funcionamento familiar e segurança pessoal.

Oferecer materiais educativos que abordem os fatores de risco, testes e procedimentos de supervisão usuais.

Orientar a paciente a respeito de técnicas de autocuidado para aumentar as chances de um resultado saudável (p. ex., hidratação, dieta, modificações nas atividades, importância de avaliações regulares no pré-natal, normalização do açúcar no sangue e precauções sexuais, inclusive abstinência).

Orientar sobre métodos alternativos de satisfação sexual e sobre relacionamento íntimo.

Encaminhar para programas específicos, quando adequado (p. ex., abandono do tabagismo, tratamento para abuso de drogas, educação sobre diabete, orientação para a prevenção de nascimento pré-termo, clínicas especializadas no tratamento de doenças sexualmente transmitidas).

Orientar a paciente sobre uso da medicação prescrita (p. ex., insulina, tocolíticos, anti-hipertensivos, antibióticos, anticoagulantes e anticonvulsivantes).

Orientar a paciente sobre habilidades de automonitoramento, conforme apropriado (p. ex., sinais vitais, glicemia, monitoramento da atividade uterina e aplicação contínua de medicamentos subcutâneos).

Escrever as orientações em relação a sinais e sintomas que exijam atenção médica imediata (p. ex., sangramento vaginal vermelho-vivo, mudança no líquido amniótico, redução dos movimentos fetais, quatro ou mais contrações/hora antes de 37 semanas gestacionais, dor de cabeça, perturbações visuais, dor epigástrica e aumento rápido de peso, com edema facial).

Conversar sobre os riscos fetais associados ao nascimento de criança pré-termo em várias idades gestacionais.

Visitar a unidade de cuidados neonatais intensivos, caso haja antecipação de parto prematuro (p. ex., gravidez multifetal).

Ensinar a contagem dos movimentos fetais.

Realizar exames para avaliar a condição fetal e a função da placenta, como teste de não estresse, de ocitocina, perfis biofísicos e ultrassom.

Obter culturas cervicais, conforme apropriado.

Auxiliar nos procedimentos diagnósticos fetais (p. ex., amniocentese, amostragem de vasos coriônicos, amostra de sangue umbilical percutâneo e estudos do fluxo sanguíneo com Doppler).

Auxiliar em procedimentos de terapia fetal (p. ex., transfusões fetais, cirurgia fetal, redução seletiva e procedimento de interrupção).

Interpretar as explicações médicas dos resultados de exames e procedimentos.

Administrar imunoglobulina Rh₀ (D) (p. ex., RhoGAM® ou Gamulin Rh®), conforme apropriado, para evitar sensibilidade Rh após procedimentos invasivos.

Estabelecer um plano de acompanhamento clínico.

Oferecer orientações antecipadas diante de possibilidade de intervenções durante o processo de nascimento (p. ex., Monitoramento Eletrônico Fetal: Intraparto, Supressão do trabalho de Parto, Indução do trabalho Parto, Administração de Medicamentos, Cuidado de Parto Cesáreo).

Encorajar a inscrição precoce em aulas de pré-natal ou providenciar materiais educativos sobre o nascimento de filhos para pacientes em repouso no leito.

Oferecer orientação antecipada referente a experiências comuns que mães de alto risco experimentam durante o período pós-parto (p. ex., exaustão, depressão, estresse crônico, desencanto da maternidade, perda de recursos financeiros, desentendimentos com parceiro e disfunção sexual).

Encaminhar o paciente para grupo de apoio a mães de alto risco, se necessário.

Encaminhar o paciente às instituições de atendimento domiciliar (p. ex., serviços especializados de enfermagem perinatal, controle de caso perinatal e enfermagem de saúde pública).

Monitorar a condição física e psicológica durante toda a gravidez.

Relatar imediatamente ao médico ou a parteiros, desvios da normalidade nas condições maternas e/ou fetais.

Documentar a orientação fornecida, os resultados laboratoriais, os resultados de exames fetais e as reações da paciente.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Women's Health Obstetric, and Neonatal Nurses. Didactic content and clinical skills verification for professional nurse providers of basic, high-risk and critical-care intrapartum nursing. Washington, DC: Author, 1993.

Field P.A., Marck P. Uncertain motherhood: Negotiating the risks of the childbearing years. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

Gilbert E.S., Harmon J.S. Manual of high risk pregnancy and delivery, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Mattson S, Smith J.E., editors. Core curriculum for maternal-newborn nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Pillitteri A. High-risk pregnancy: A woman with a preexisting or newly acquired illness. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:344-397.

Pillitteri A. High-risk pregnancy: A woman who develops a complication of pregnancy. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:398-442.

Pillitteri A. High-risk pregnancy: A woman with special needs. In *In Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:461-483.

Cuidados na Interrupção da GRAVIDEZ (6950)

Definição: Manejo das necessidades físicas e psicológicas da mulher que passa por aborto espontâneo ou eletivo.

Atividades:

Preparar física e psicologicamente a paciente para o procedimento abortivo.

Explicar as sensações que a paciente possa ter.

Orientar sobre sinais a serem informados (p. ex., aumento do sangramento, aumento de cãibras e eliminação de coágulos ou tecido).

Oferecer analgésicos ou antieméticos, conforme apropriado.

Administrar medicamentos para suspender a gravidez, conforme apropriado (p. ex., supositórios de prostaglandina, prostaglandina intra-amniótica, salina, potássio ou ocitocina intravenosa).

Estimular a pessoa importante a dar apoio à paciente antes do aborto, durante e após o procedimento se desejado.

Monitorar a paciente quanto a sangramento e câibras.

Obter acesso intravenoso, conforme apropriado.

Observar o surgimento de sinais de aborto espontâneo (p. ex., cessação de câibras, pressão pélvica aumentada e perda do líquido amniótico).

Fazer exame vaginal, conforme apropriado.

Auxiliar o nascimento, conforme apropriado, dependendo da idade gestacional do feto.

Pesar a perda de sangue, conforme apropriado.

Monitorar os sinais vitais.

Observar a presença de sinais de choque.

Manter todos os tecidos eliminados.

Administrar ocitocina após o nascimento, conforme apropriado.

Oferecer orientação relativa aos procedimentos (p. ex., curetagem por sucção, dilatação e curetagem e evacuação uterina).

Administrar globulina imune Rh₀(D) para estado Rh negativo.

Orientar a paciente sobre autocuidado pós-aborto e monitoramento de efeitos secundários.

Oferecer orientação antecipada sobre a reação de luto à morte do feto.

Concluir o registro do nascimento e o relatório de morte, conforme apropriado.

Obter amostras para estudos genéticos ou autópsia, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Bobak I.M., Jensen M., Lowdermilk D.L. *Maternity & gynecologic care: The nurse and the family*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Gilbert E.S., Harmon J.S. *Manual of high risk pregnancy & delivery*. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Mattson S., Smith J.E., editors. *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Pillitteri A. Reproductive life planning. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:102-132.

GRUPO de Apoio (5430)

Definição: Uso de um ambiente de grupo para o oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativas à saúde.

Atividades:

- Determinar nível e adequação do atual sistema de apoio do paciente.
- Usar um grupo de apoio durante estágios de transição para ajudar o paciente a ajustar-se ao novo estilo de vida.
- Determinar a finalidade do grupo e a natureza do processo de grupo.
- Criar uma atmosfera relaxada e de aceitação.
- Esclarecer logo as metas do grupo e as responsabilidades dos membros e do líder.
- Usar um contrato escrito, se considerado adequado.
- Escolher membros capazes de contribuir para a interação do grupo e beneficiá-la.
- Formar um grupo de tamanho perfeito: cinco a 12 membros.
- Abordar a questão da frequência obrigatória.
- Abordar a questão de novos membros poderem se unir ou não ao grupo a qualquer momento.
- Estabelecer horário e local para as reuniões do grupo.
- Reunir-se durante uma a duas horas, conforme apropriado.
- Iniciar e terminar no horário, e esperar que os participantes fiquem até o final.
- Organizar as cadeiras em círculo bem próximas.
- Agendar um número limitado de sessões (normalmente, seis a 12), em que o trabalho do grupo seja realizado.
- Deixar públicas as políticas de filiação para evitar problemas que possam surgir durante a evolução do grupo.
- Monitorar e dirigir o envolvimento ativo dos membros do grupo.
- Encorajar a expressão e o compartilhamento de conhecimentos com as experiências.
- Encorajar manifestações de ajuda mútua.
- Encorajar encaminhamentos adequados a profissionais em busca de informações.
- Enfatizar a responsabilidade e o controle pessoais.
- Manter uma pressão positiva para mudanças de comportamento.
- Enfatizar a importância do enfrentamento ativo.
- Identificar temas ocorridos nas reuniões que possam ser assunto.
- Não permitir que o grupo se torne um encontro social não produtivo.
- Ajudar o grupo a evoluir com estágios de desenvolvimento de um grupo: da orientação à coesão, até a finalização.
- Atender às necessidades do grupo como um todo, além daquelas de cada um dos membros.
- Usar um líder parceiro se convier.

Primeira edição 1992.

Cole S., O'Connor S., Bennett L. Self-help groups for clinic patients with chronic illness. *Primary Care*. 1979;6(2):325-340.

Kinney C.K.D., Manner R., Carpenter M. Support groups. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:326-339.

Shames K.H., Hover-Kramer D. Self-care modalities. In: Frisch N.C., Frisch L.E., editors. *Psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar; 2002:761-777.

Snyder M. Groups. In: Snyder M., editor. *Independent nursing interventions*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar; 1992:244-255.

Terapia de GRUPO (5450)

Definição: Aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um grupo, inclusive com a utilização de interações entre seus membros.

Atividades:

Determinar a finalidade do grupo (p. ex., manutenção de teste de realidade, facilitação da comunicação, exame de habilidades interpessoais e apoio) e a natureza do processo de grupo.

Formar um grupo com tamanho ideal: cinco a 12 membros.

Escolher membros do grupo que desejam participar ativamente e assumir responsabilidade pelos próprios problemas.

Determinar se o nível de motivação é suficientemente alto para haver benefício da terapia de grupo.

Usar uma coliderança, conforme apropriado.

Abordar o assunto da frequência obrigatória.

Abordar o assunto da aceitação ou não de novos membros no grupo a qualquer momento.

Estabelecer horário e local para as reuniões do grupo.

Realizar sessões com uma a duas horas, conforme apropriado.

Iniciar e terminar no horário e esperar que os participantes permaneçam até o final da sessão.

Organizar as cadeiras em círculo, deixando-as próximas umas das outras.

Levar o grupo ao estágio de trabalho o mais rápido possível.

Auxiliar o grupo a compor as normas terapêuticas.

Auxiliar o grupo a entender sua resistência à mudança.

Oferecer ao grupo uma direção que possibilite às pessoas a identificação e a solução de cada etapa do desenvolvimento.

Usar a técnica de „iluminação de processo” para encorajar a exploração do sentido principal da mensagem.

Encorajar a revelação e a discussão do passado somente quando tiver relação com o funcionamento e as metas do grupo.

Usar a técnica da „ativação aqui e agora” para mudar o foco do geral para o pessoal, do abstrato para o específico.

Encorajar os membros a partilharem entre si coisas em comum.

Encorajar os membros a partilharem entre si a raiva, a tristeza, o humor, a desconfiança e outros sentimentos.

Auxiliar os membros no processo de investigação e aceitação de toda a raiva sentida contra o líder e outras pessoas do grupo.

Confrontar comportamentos que ameacem a coesão do grupo (p. ex., atraso, ausências, socialização extragrupo que traga rupturas, subgrupos e bodes expiatórios).

Oferecer reforço social (p. ex., verbal e não verbal) para comportamentos/reações desejadas.

Propiciar exercícios estruturados de grupo, conforme apropriado, que promovam o funcionamento e a percepção do grupo.

Usar o desempenho de papéis e a solução de problemas, conforme apropriado.

Auxiliar os membros a oferecer *feedback* recíproco, para que desenvolvam percepções do próprio comportamento.

Incorporar sessões sem liderança, quando adequado às metas e ao funcionamento do grupo.

Concluir a sessão com um resumo do que ocorreu.

Reunir-se, individualmente, com o membro que desejar concluir, prematuramente, sua participação e examinar as razões para tal conclusão.

Auxiliar o membro a deixar o grupo, conforme apropriado.

Auxiliar o grupo a revisar a história anterior e a relação do membro com o grupo, quando alguém deixa o grupo.

Recrutar novos membros, conforme apropriado, para manter a integridade do grupo.

Propiciar sessão de orientação individualizada a cada novo membro do grupo antes de sua primeira sessão de grupo.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Boyd M.A. Interventions with groups. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:233-242.

LaSalle P.M., LaSalle A.J. Therapeutic groups. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:668-681.

Lassiter P.G. Working with groups in the community. In: Stanhope M., Lancaster J., editors. *Community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1992:277-291.

Snyder M. Groups. In: Snyder M., editor. *Independent nursing interventions*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar; 1992:244-255.

Wieland V., Cummings S. Group psychotherapy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:340-351.

Yalom I.D. The theory and practice of group psychotherapy, 3rd ed. New York: Basic Books, 1985.

H

Administração de HEMODERIVADOS (4030)

Definição: Administração de sangue ou derivados do sangue e monitoramento da reação do paciente.

Atividades:

Verificar as prescrições médicas.

Obter histórico de transfusões do paciente.

Obter ou verificar consentimento informado do paciente.

Verificar se o derivado do sangue foi preparado, tipado e cruzado (se for o caso) em relação ao receptor.

Verificar o paciente certo, o tipo de sangue, o tipo Rh, o número da unidade e o prazo de validade, registrando de acordo com o protocolo da instituição.

Orientar o paciente sobre sinais e sintomas da reação à transfusão (prurido, tontura, falta de fôlego e/ou dor no peito).

Montar o sistema de administração com o filtro adequado ao derivado do sangue e à condição imunológica do paciente.

Preparar o sistema de administração com solução fisiológica.

Preparar uma bomba de infusão IV aprovada para administração de derivados do sangue, quando indicado.

Fazer punção venosa usando técnica adequada.

Evitar transfusão de mais de uma unidade de sangue ou derivado do sangue de uma só vez, a menos que isso seja necessário devido à condição do receptor.

Monitorar o local do acesso venoso quanto a sinais e sintomas de infiltração, flebite e infecção local.

Monitorar os sinais vitais (p. ex., antes, durante e após a transfusão).

Monitorar a ocorrência de reações à transfusão.

Monitorar a ocorrência de sobrecarga de líquidos.

Monitorar e regular o gotejamento/fluxo durante a transfusão.

Evitar administrar medicamentos ou líquidos IV, a não ser solução fisiológica, no equipo de sangue ou derivados do sangue.

Evitar transfusão de derivado retirado de refrigeração controlada há mais de quatro horas.

Trocar o filtro e o equipamento de administração pelo menos a cada quatro horas.

Administrar solução fisiológica ao término da transfusão.

Registrar o tempo de transfusão.

Registrar o volume infundido.

Interromper a transfusão se ocorrer reação ao sangue e manter acesso venoso com solução fisiológica.

Obter amostra do sangue e amostra da primeira urina após a reação à transfusão.

Encaminhar o recipiente com sangue ao laboratório após a reação à transfusão.

Avisar imediatamente o laboratório caso ocorra reação à transfusão.

Manter precauções universais.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Alexander M. Editorial...Infusion nursing standards of practice. *Journal of Intravenous Nursing*. 2000;23(6S):1.

American Association of Blood Banks. Standards for blood banks and transfusion services, 12th ed. Bethesda, MD: Author, 1994.

American Red Cross, Council of Community Blood Centers, and American Association of Blood Banks. Circular of information for the use of human blood and blood components. Bethesda, MD: Author, 1994.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Terapia por HEMODIÁLISE (2100)

Definição: Manejo de passagem extracorpórea do sangue do paciente através de um dialisador.

Atividades:

Retirar amostra de sangue e revisar a química do sangue (p. ex., níveis de ureia do sangue, creatinina sérica, Na sérico, K e PO₂) antes do tratamento.

Registrar sinais vitais, peso, temperatura, pulso, respirações e pressão sanguínea iniciais.

Explicar o procedimento de hemodiálise e sua finalidade.

Checar o equipamento e as soluções, conforme o protocolo.

Usar técnica estéril para iniciar a hemodiálise e para as inserções de agulha e conexões do cateter.

Usar luvas, protetor para os olhos e roupas protetoras para evitar contato direto com o sangue.

Iniciar a hemodiálise conforme o protocolo.

Fixar bem as conexões e a sonda.

Checar os monitores do sistema (p. ex., taxa de fluxo, pressão, temperatura, nível do pH, condutividade, coágulos, detector de ar, pressão negativa quanto a ultrafiltração e sensor sanguíneo) para garantir a segurança do paciente.

Monitorar a pressão do sangue, pulso, respiração, temperatura e resposta do paciente durante a diálise.

Administrar heparina, conforme protocolo.

Monitorar tempos de coagulação e ajustar a administração de heparina de acordo.

Ajustar as pressões de filtração para remover quantidade adequada de líquido.

Instituir o protocolo adequado se o paciente ficar hipotenso.

Interromper a hemodiálise, de acordo com o protocolo.

Comparar sinais vitais pós-diálise e os dados químicos do sangue com os valores pré-diálise.

Evitar medir a pressão do sangue ou fazer punção intravenosa em braço com fístula.

Providenciar cuidados com o cateter ou com a fístula, conforme o protocolo.

Trabalhar com o paciente para o ajuste das regulagens da dieta, limitações de líquidos e medicamentos que regulam as trocas hídricas e eletrolíticas entre os tratamentos.

Ensinar o paciente a automonitorar sinais e sintomas que indiquem a necessidade de tratamento médico (p. ex., febre, sangramento, fístula coagulada, tromboflebite e pulso irregular).

Trabalhar com o paciente para aliviar o desconforto decorrente de efeitos secundários da doença e do tratamento (p. ex., câibras, fadiga, dores de cabeça, prurido, anemia, desmineralização óssea, mudanças na imagem corporal e interrupção de papéis).

Trabalhar com o paciente para ajustar a duração da diálise, a regulação da dieta e as necessidades consequentes à dor e à falta de diversão para conseguir maior benefício com os tratamentos.

Primeira edição; segunda edição revisada 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Fearing M.O., Hart L.K. Dialysis therapy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:587-601.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with upper or lower urinary tract dysfunction. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1271-1308.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. *Mosby's clinical nursing*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Monitoração HEMODINÂMICA Invasiva (4210)

Definição: Mensuração e interpretação de parâmetros hemodinâmicos invasivos para determinar a função cardiovascular e ajustar a terapia, conforme apropriado.

Atividades:

Auxiliar na inserção e na remoção das linhas invasivas de monitoração.

Auxiliar no teste de Allen para avaliar a circulação ulnar colateral antes da punção da artéria radial, se adequado.

Auxiliar no exame de raios X de tórax após a inserção de cateter na artéria pulmonar.

Monitorar a frequência e o ritmo cardíaco.

Zerar e calibrar o equipamento a cada 4 a 12 horas, conforme apropriado, com o transdutor no nível do átrio direito.

Monitorar a pressão sanguínea (sistólica, diastólica e média), a pressão venosa centra/atricial direita, a pressão da artéria pulmonar (sistólica, diastólica e média) e pressão capilar pulmonar/da artéria em cunha.

Monitorar as formas das ondas hemodinâmicas quanto a mudanças na função cardiovascular.

Comparar os parâmetros hemodinâmicos com outros sinais e sintomas clínicos.

Usar aparelho de débito cardíaco com sistema fechado.

Obter o débito cardíaco administrando solução injetável em quatro segundos, calculando uma média de três injeções a uma distância de 1 L/min uma da outra.

Monitorar as formas das ondas da artéria pulmonar e arterial sistêmica; ocorrendo achatamento, verificar dobras ou bolhas de ar no sistema, verificar conexões; aspirar coágulo da extremidade do cateter e irrigar suavemente o sistema, ou auxiliar no reposicionamento do cateter.

Documentar as formas das ondas da artéria pulmonar e arterial sistêmica.

Monitorar a perfusão periférica distal no local da inserção do cateter, a cada quatro horas, ou conforme apropriado.

Monitorar ocorrência de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.

Monitorar a progressão do cateter pulmonar para a frente, resultando em encunhamento espontâneo, e notificando o médico caso isso ocorra.

Evitar inflar o balão com frequência superior a uma a duas horas, ou conforme apropriado.

Monitorar a ruptura do balão (p. ex., avaliar a resistência ao inflar o balão e permitir que ele, passivamente, desinfe após a obtenção da pressão capilar pulmonar/arterial em cunha).

Evitar embolia gasosa (p. ex., remover as bolhas de ar do equipo; se houver suspeita de ruptura do balão, evitar tentativas de reinflá-lo e clampear sua conexão).

Manter a esterilidade das conexões.

Manter o sistema de pressão fechada nas conexões, conforme apropriado.

Fazer trocas de curativo e cuidados estéreis do local, conforme apropriado.

Examinar o local da inserção em busca de sinais de sangramento ou infecção.

Trocar a solução intravenosa e o equipo a cada 24 a 72 horas, com base no protocolo da instituição.

Monitorar os resultados laboratoriais para detectar possível infecção induzida pelo cateter.

Administrar líquidos e/ou expansores de volume para manter os parâmetros hemodinâmicos dentro da variação especificada.

Administrar agentes farmacológicos para manter os parâmetros hemodinâmicos dentro da variação específica.

Orientar o paciente e a família sobre o uso terapêutico de cateteres de monitoramento hemodinâmico.

Orientar o paciente sobre as restrições de atividade enquanto os cateteres permanecerem inseridos.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Barcelona M., Patague L., Bunoy M., Gloriani M., Justice B., Robinson L. Cardiac output determination by the thermodilution method: Comparison of ice temperature injectate versus room temperature injectate contained in prefilled syringes or closed injectate delivery system. *Heart & Lung*. 1985;14(3):232-235.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium

on nursing interventions

Daily E., Mersch J. Thermodilution cardiac output using room and ice temperature injectate: Comparison with the Fick method. *Heart & Lung*. 1987;16(3):294-300.

Groom L., Frisch S., Elliot M. Reproducibility and accuracy of pulmonary artery pressure measurement in supine and lateral positions. *Heart & Lung*. 1990;19(2):147-151.

Lipp-Ziff E., Kawanishi D. A technique for improving accuracy of the pulmonary artery diastolic pressure as an estimate of left ventricular end-diastolic pressure. *Heart & Lung*. 1991;20(2):107-115.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Assessment of cardiovascular function. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:646-681.

Titler M.G. Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):495-516. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Regulação HEMODINÂMICA (4150)

Definição: Otimização da frequência, pré-carga, pós-carga e capacidade de contração cardíacas.

Atividades:

Admitir a presença de alterações na pressão sanguínea.

Auscultar sons pulmonares quanto a crepitações ou outros ruídos adventícios.

Auscultar sons cardíacos.

Monitorar e documentar frequência, ritmo e bulhas cardíacas.

Monitorar níveis eletrolíticos.

Monitorar a resistência sistêmica e pulmonar, conforme apropriado.

Monitorar o débito cardíaco e/ou o índice cardíaco e o índice de batimentos do ventrículo esquerdo, conforme apropriado.

Administrar medicamentos positivos inotrópicos para contratibilidade.

Avaliar os efeitos secundários dos medicamentos inotrópicos negativos.

Monitorar pulsos periféricos, perfusão capilar, temperatura e cor das extremidades.

Elevar a cabeceira da cama, conforme apropriado.

Colocar na posição de Trendelenburg, se apropriado.

Monitorar quanto a edema periférico, distensão da veia jugular e bulhas cardíacas S₃ e S₄.

Monitorar a pressão capilar pulmonar/arterial e a pressão venosa central/atrial direita, se adequado.

Manter o equilíbrio hídrico, administrando líquidos ou diuréticos IV, conforme apropriado.

Administrar medicamento vasodilatador e/ou vasoconstritor, conforme apropriado.

Monitorar ingestão/eliminação, eliminação urinária e peso do paciente, conforme apropriado.

Inserir cateter urinário, se adequado.

Minimizar/eliminar estressores ambientais.

Administrar medicamentos antiarrítmicos, conforme apropriado.

Monitorar os efeitos dos medicamentos.

Monitorar o funcionamento de marca-passo, se adequado.

Avaliar os efeitos da terapia hídrica.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Wessel S., Kim M. Nursing functions related to the nursing diagnosis: Decreased cardiac output. In: Kim M., McFarland G., McLane A., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth conference*. St. Louis, MO: Mosby; 1984:192-198.

Terapia por HEMOFILTRAÇÃO (2110)

Definição: Higienização do sangue do paciente gravemente doente por meio de hemofiltro controlado pela pressão hidrostática do paciente.

Atividades:

Determinar sinais vitais e pesos.

Retirar amostra de sangue e revisar informações químicas do sangue (p. ex., níveis de ureia, creatinina, Na, Ca, K e P séricos) antes da terapia.

Determinar e registrar a função hemodinâmica do paciente.

Explicar o procedimento ao paciente e pessoas significativas, conforme apropriado.

Obter consentimento escrito.

Adaptar a tecnologia conforme as múltiplas patologias sistêmicas do paciente (p. ex., colocar paciente em cama com fluxo de ar).

Usar técnica estéril para irrigar e preparar a sonda arterial, sonda venosa e hemofiltro, com salina heparinizada, e conectar às demais sondas conforme a necessidade.

Retirar todas as bolhas de ar do sistema de hemofiltração.

Administrar a dose de carga de heparina conforme o protocolo ou ordem médica.

Usar máscara, luvas e avental para evitar contato com o sangue.

Usar técnica estéril para instalar acesso venoso e arterial, conforme o protocolo.

Fixar bem as conexões e as sondas.

Aplicar contenção se necessário.

Monitorar a taxa de hemofiltração conforme o protocolo ou ordem médica.

Monitorar o sistema de hemofiltração em relação a vazamentos nas conexões, coagulação do filtro ou da sonda.

Monitorar os parâmetros multissistêmicos do paciente conforme o protocolo.

Monitorar e cuidar dos locais de acesso e das equipes, conforme o protocolo.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção.

Orientar o paciente/família sobre precauções pós-tratamento.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Gutch C., Stoner M., Corea A. Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Holloway N. Nursing the critically ill adult, 3rd ed. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1988.

Kinney M., Packa D., Dunbar S. AACN's reference for critical-care nursing, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with upper or lower urinary tract dysfunction. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1271-1308.

Controle de HEMORRAGIA (4160)

Definição: Redução ou eliminação de perda de sangue rápida e excessiva.

Atividades:

Aplicar curativo de pressão conforme indicado.

Identificar a causa do sangramento.

Monitorar a quantidade e a natureza da perda de sangue.

Aplicar pressão manual à área do sangramento ou do potencial sangramento.

Aplicar bolsa de gelo na área afetada.

Anotar o nível de hemoglobina/hematócitos antes e depois da perda de sangue, conforme indicado.

Avaliar a reação psicológica do paciente à hemorragia e à percepção dos acontecimentos.

Examinar mucosas em busca de sangramento, contusão após trauma mínimo, secreções de locais de perfuração e presença de petéquias.

Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de sangramento persistente (p. ex., checar todas as secreções em relação a sangue franco ou oculto).

Fazer hemoteste de todas as excreções e observar se há sangue em vômito, catarro, fezes, urina, drenagem em SNG em ferimentos, conforme apropriado.

Monitorar o funcionamento neurológico.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Precauções contra HEMORRAGIA Subaracnoide (2720)

Definição: Redução de estímulos ou estressores internos e externos para minimizar o risco de novo sangramento antes de uma cirurgia ou procedimento endovascular para proteger aneurisma rompido.

Atividades:

Colocar o paciente em quarto particular.

Prescrever repouso no leito com o uso de cadeira higiênica junto ao leito, conforme apropriado.

Manter o quarto escurecido.

Reduzir os estímulos no ambiente do paciente.

Limitar televisão, rádio e outros estimulantes.

Monitorar a reação às visitas.

Limitar as visitas, quando indicado.

Dar informações ao paciente e à família sobre a necessidade de mudanças ambientais e limitações às visitas.

Dar sedação, se necessário.

Administrar medicação para a dor quantas vezes for necessário.

Monitorar o estado neurológico.

Avisar o médico sobre deterioração neurológica.

Monitorar pulso e pressão sanguínea.

Manter os parâmetros hemodinâmicos dentro dos limites prescritos.

Monitorar PIC e PPC, se indicado.

Monitorar a eliminação de líquido cerebrospinal e as características, se indicado.

Administrar emolientes fecais.

Evitar a estimulação do reto.

Orientar o paciente a não fazer esforço ou fazer a manobra de Valsalva.

Implementar precauções para convulsões.

Administrar anticonvulsivos, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

- Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Barker E. Cranial surgery. In: Barker E., editor. *Neuroscience nursing — A spectrum of care*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002:303-349.
- Hickey J.V., Buckley D.M. Cerebral aneurysms. In: Hickey J.V., editor. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:523-548.
- Hickle J.L., Guanci M.M., Bowman L., Hermann L., McGinty L.B., Rose J. Cerebrovascular events of the nervous system. In: Bader M.K., Littlejohns L.R., editors. *AANN core curriculum for neuroscience nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004:536-585.
- Lee K. Aneurysm precautions: a physiologic basis for minimizing rebleeding. *Heart & Lung*. 1980;9:336-343.

Monitoração HÍDRICA (4130)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para regulação do equilíbrio hídrico.

Atividades:

- Determinar o histórico da quantidade e do tipo de ingestão de líquidos e dos hábitos de eliminação.
- Determinar possíveis fatores de risco de desequilíbrio hídrico (p. ex., hipertermia, terapia com diuréticos, patologias renais, insuficiência cardíaca, sudorese, disfunção hepática, exercício exagerado, exposição ao calor, infecção, estado pós-operatório, poliúria, vômito e diarreia).
- Monitorar o peso.
- Monitorar a ingestão e a eliminação.
- Monitorar valores de eletrólitos séricos e urinários, conforme apropriado.
- Monitorar níveis de albumina sérica e de proteína total.
- Monitorar níveis de osmolalidade sérica e urinária.
- Monitorar a pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório.
- Monitorar pressão sanguínea ortostática e mudança no ritmo cardíaco, conforme apropriado.
- Monitorar parâmetros hemodinâmicos invasivos, conforme apropriado.
- Manter o registro preciso da ingestão e eliminação.
- Monitorar as mucosas, turgor da pele e sede.
- Monitorar cor, quantidade e gravidade específica da urina.
- Monitorar a ocorrência de distensão de veias do pescoço, crepitações pulmonares, edema periférico e aumento de peso.
- Monitorar o dispositivo de acesso venoso, conforme apropriado.
- Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de ascite.
- Observar a presença ou a ausência de vertigem ao colocar-se de pé.
- Administrar líquidos conforme apropriado.

Restringir e distribuir a ingestão de líquidos, conforme apropriado.

Manter o gotejamento endovenoso prescrito.

Administrar agentes farmacológicos para aumentar o débito urinário, conforme apropriado.

Administrar diálise, conforme apropriado, observando a resposta do paciente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Timby B.K., Smith N.E. Caring for clients with fluid, electrolyte, and acid-base imbalances. In *Introductory medical-surgical nursing*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:204-223.

Fitler M.G. Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):495-516. G.M. Bulechek & J.C McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Controle HÍDRICO (4120)

Definição: Promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos.

Atividades:

Pesar diariamente e monitorar tendências.

Contar ou pesar as fraldas, conforme apropriado.

Manter registro preciso da ingestão e eliminação.

Inserir cateter urinário, se apropriado.

Monitorar o estado de hidratação (p. ex., mucosas úmidas, pulsos adequados e pressão sanguínea ortostática), conforme apropriado.

Monitorar resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (p. ex., gravidade específica aumentada, nível de ureia aumentado, hematócritos diminuídos e osmolalidade urinária aumentada).

Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive PVC, PAM, PAP e PACP, se possível.

Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de indícios de sobrecarga/retenção de líquidos (p. ex., crepitações, pressão venosa central ou pressão capilar pulmonar aumentada, edema, distensão de veia do pescoço e ascite), conforme apropriado.

Monitorar mudanças no peso do paciente antes e depois da diálise, se adequado.

Avaliar a localização e extensão do edema, se presente.

Monitorar alimentos/líquidos ingeridos e calcular a ingestão calórica diária, conforme apropriado.

Administrar terapia IV conforme prescrição.

Monitorar a condição nutricional.

Oferecer líquidos conforme apropriado.

Administrar o diurético prescrito conforme apropriado.

Administrar líquidos IV em temperatura ambiente.

Promover a ingestão oral (p. ex., oferecer canudinho, líquidos entre as refeições, mudança rotineira da água gelada, preparo de picolés com o suco preferido da criança, cortar a gelatina em quadrados divertidos, usar pequenos recipientes de remédios), conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a proibição da ingestão oral (NPO), conforme apropriado.

Administrar a reposição nasogástrica prescrita com base na eliminação, conforme apropriado.

Distribuir a ingestão de líquidos ao longo das 24 horas, conforme apropriado.

Encorajar a pessoa importante a auxiliar o paciente nas refeições, conforme apropriado.

Oferecer lanches (p. ex., bebidas e frutas frescas/suco de frutas com frequência), conforme apropriado.

Restringir a livre ingestão de água na presença de hiponatremia por diluição, com nível sérico de Na abaixo de 130 mEq por litro.

Monitorar a reação do paciente à terapia eletrolítica prescrita.

Consultar o médico diante de sinais e sintomas de persistência ou piora de excesso de volume de líquidos.

Providenciar a disponibilidade de hemoderivados para transfusão, se necessário.

Preparar para administrar hemoderivados (p. ex., conferir o sangue com a identificação do paciente e preparar o aparelho para infusão), conforme apropriado.

Administrar hemoderivados (p. ex., plaquetas e plasma congelado fresco), conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Baer C.L. Fluid and electrolyte balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:173-208.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-598. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Horne M., Swearingen P. Pocket guide to fluids and electrolytes, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Kokko J., Tannen R. Fluids and electrolytes, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Wong D.L. Whaley and Wong's nursing care of infants and children, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1995.

Controle HIDROELETROLÍTICO (2080)

Definição: Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ou eletrólitos.

Atividades:

Monitorar a ocorrência de níveis anormais de eletrólitos séricos, se possível.

Obter amostras laboratoriais para monitoramento de níveis alterados de líquidos ou eletrólitos (p. ex., hematócrito, níveis de ureia, proteínas, sódio e potássio), conforme apropriado.

Pesar diariamente e monitorar as tendências.

Restringir a ingestão livre de água na presença de hiponatremia por diluição com Na sérico inferior a 130 mEq por litro.

Oferecer líquidos conforme apropriado.

Promover a ingestão oral (p. ex., oferecer líquidos orais da preferência do paciente, colocar a seu alcance, disponibilizar um canudo e oferecer água fresca), conforme apropriado.

Administrar a reposição nasogástrica prescrita com base na eliminação, conforme apropriado.

Administrar fibras conforme prescrição para paciente alimentado por sonda, a fim de reduzir a perda hídrica e eletrolítica pela diarreia.

Minimizar o número de lascas de gelo consumidas ou a quantidade de ingestão oral por pacientes com sondas nasogástricas conectadas a aspiração.

Irrigar as sondas nasogástricas com solução fisiológica.

Oferecer água livremente com as alimentações por sonda, conforme apropriado.

Ajustar o fluxo da infusão endovenosa (ou transfusão de sangue) em um gotejamento adequado.

Monitorar os resultados laboratoriais relevantes ao equilíbrio hídrico (p. ex., hematócrito, níveis de ureia, albumina, proteína total, osmolalidade sérica e gravidade específica da urina).

Monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (p. ex., gravidade específica aumentada, nível ureia aumentado, hematócrito diminuído e osmolalidade urinária aumentada).

Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive níveis de PVC, PAM, PAP e PACP, se possível.

Manter registro preciso da ingestão e eliminação.

Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de retenção de líquidos.

Instituir restrição de líquidos conforme apropriado.

Monitorar os sinais vitais conforme apropriado.

Corrigir desidratação pré-operatória conforme apropriado.

Manter a solução intravenosa com eletrólito(s) em um gotejamento constante, conforme apropriado.

Monitorar a resposta do paciente à terapia eletrolítica prescrita.

Monitorar a ocorrência de manifestações de desequilíbrio eletrolítico.

Oferecer a dieta prescrita adequada ao desequilíbrio hidroeletrolítico específico (p. ex., baixo teor de sódio, com restrição de líquidos, renal e sem adição de sal).

Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais dos eletrólitos suplementares prescritos (p. ex., irritação gastrointestinal).

Investigar as mucosas orais do paciente, a esclerótica e a pele em busca de indicações de equilíbrio hidroeletrolítico

alterado (p. ex., ressecamento, cianose e icterícia).

Consultar o médico diante de persistência ou piora de sinais e sintomas de desequilíbrio hidroeletrólítico.

Administrar os eletrólitos suplementares prescritos, conforme apropriado.

Administrar as resinas prescritas aglutinadoras/excretoras de eletrólitos, conforme apropriado.

Instituir medidas de controle de perda excessiva de eletrólitos (p. ex., proporcionar descanso intestinal, mudança do tipo de diurético, ou administração de antipiréticos), conforme apropriado.

Instituir medidas de descanso dos intestinos (p. ex., restrição de alimentos ou ingestão de líquidos e redução da ingestão de derivados do leite), se apropriado.

Administrar a glicose de ação rápida com carboidratos e proteínas de ação prolongada para o controle de hipoglicemia aguda, conforme apropriado.

Preparar o paciente para a diálise (p. ex., auxiliar a colocar o cateter para diálise), conforme apropriado.

Monitorar quanto à perda hídrica (p. ex., sangramento, vômito, diarreia, transpiração e taquipneia).

Promover uma imagem corporal positiva e autoestima se houver manifestação de preocupações em consequência da retenção excessiva de líquidos, se apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- Baer C.L. Fluid and electrolyte balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:173-208.
- Chan J., Gill J. Kidney electrolyte disorders. New York: Churchill Livingstone, 1990.
- Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-598. G.M. Bulechek, & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Horne M., Swearingen P. Pocket guide to fluids and electrolytes, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.
- Kokko J., Tannen R. Fluids and electrolytes, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.
- Melillo K.D. Interpretation of laboratory values in older adults. *Nurse Practitioner*. 1993;18(7):59-67.
- Timby B.K., Smith N.E. Caring for clients with fluid, electrolyte, and acid-base imbalances. In *Introductory medical-surgical nursing*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:204-223.

Controle da HIPERGLICEMIA (2120)

Definição: Prevenção e tratamento de níveis de glicose sanguínea acima do normal.

Atividades:

Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme indicação.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento visual ou cefaleia.

Monitorar cetonas urínárias conforme indicação.

Monitorar níveis gasometria arterial, eletrolíticos e beta-hidroxibutirato, se possível.

Monitorar a pressão ortostática e o pulso conforme indicação.

Administrar insulina conforme prescrição.

Encorajar a ingestão oral de líquidos.

Monitorar a condição hídrica (inclusive ingestão e eliminação), como convier.

Manter acesso FV conforme apropriado.

Administrar líquidos FV conforme prescrição.

Administrar potássio conforme prescrição.

Consultar o médico diante de sinais e sintomas de hiperglicemia persistentes ou mostrando piora.

Auxiliar na deambulação se estiver presente hipotensão ortostática.

Oferecer higiene oral, se necessário.

Identificar a possível causa da hiperglicemia.

Antecipar situações em que aumentarão as exigências de insulina (p. ex., doença intercorrente).

Limitar exercícios quando os níveis de glicose sanguínea estiverem > 250 mg/dL, especialmente diante da presença de cetonas na urina.

Orientar o paciente e as pessoas importantes sobre prevenção, reconhecimento e conduta na hiperglicemia.

Encorajar o automonitoramento dos níveis de glicose sanguínea.

Auxiliar o paciente a interpretar os níveis de glicose sanguínea.

Revisar os registros dos níveis de glicose com o paciente e/ou a família.

Orientar sobre exame de cetonas na urina, conforme apropriado.

Orientar sobre indicações de exame de cetonas na urina e sobre sua importância, se for o caso.

Orientar o paciente a informar níveis de cetonas moderados ou elevados ao profissional de saúde.

Orientar o paciente e as pessoas importantes sobre tratamento do diabetes durante a doença, inclusive uso de insulina e/ou agentes orais, monitoramento da ingestão de líquidos, reposição de carboidratos e o momento de buscar ajuda profissional, conforme apropriado.

Oferecer ajuda para ajuste do regime de modo a prevenir e tratar a hiperglicemia (p. ex., aumento da insulina ou do agente oral), conforme indicação.

Facilitar a adesão ao regime alimentar e de exercícios.

Testar os níveis de glicose sanguínea dos membros da família.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Precauções contra HIPERTERMIA Maligna (3840)

Definição: Prevenção ou redução da reação hipermetabólica a agentes farmacológicos utilizados durante uma cirurgia.

Atividades:

Manter em áreas cirúrgicas equipamento de emergência para hipertermia maligna, conforme o protocolo da instituição.

Revisar cuidados de emergência para hipertermia maligna com os profissionais, conforme o protocolo da instituição.

Questionar o paciente a respeito de histórico pessoal ou familiar de hipertermia maligna, mortes inesperadas em decorrência de anestesia, distúrbio muscular ou febre pós-operatória sem explicação.

Notificar o anestesista e o cirurgião sobre o histórico do paciente.

Providenciar carro de anestesia sem agentes anestésicos precipitadores.

Verificar o prontuário hospitalar do paciente quanto à elevação de enzimas.

Providenciar materiais para conduta em emergências.

Providenciar cobertor de resfriamento.

Preparar solução de dantroleno para ser administrada.

Administrar solução de dantroleno, conforme apropriado.

Usar agentes anestésicos não desencadeadores de reações nos pacientes cirúrgicos com suscetibilidade a hipertermia maligna (p. ex., bloqueio espinhal, epidural, regional, óxido nitroso, narcóticos, barbitúricos, droperidol, diazepam e midazolam, além de relaxantes musculares não despolarizadores).

Monitorar sinais de hipertermia maligna (p. ex., hipercarbia, aumento da temperatura, taquicardia, taquipneia, arritmias, cianose, manchas na pele, rigidez, transpiração abundante e pressão sanguínea instável).

Interromper o uso de agentes desencadeadores.

Passar a usar anestésicos neurolepticos.

Providenciar soluções geladas esterilizadas e intravenosas frias.

Providenciar equipamento para hipertermia maligna.

Irrigar os ferimentos com soluções frias.

Colocar compressa com gelo no paciente.

Aplicar cobertor de hipotermia.

Inserir sonda nasogástrica e a sonda de Foley com urômetro.

Realizar lavagem gástrica, vesical e retal com solução fisiológica gelada.

Auxiliar na intubação ou intubar o paciente.

Puncionar um segundo acesso intravenoso.

Auxiliar a inserir linha para pressão arterial e venosa central.

Monitorar os sinais vitais, inclusive temperatura, pressão sanguínea, ECG e níveis de dióxido de carbono no sangue arterial.

Obter amostras de sangue e urina.

Monitorar níveis de eletrólitos, enzimas e glicose no sangue.

Administrar medicamentos para manter a eliminação urinária.

Evitar o uso de fármacos, inclusive soluções de cloreto ou gluconato de cálcio, glicosídeos cardíacos, adrenérgicos, atropina e solução de Ringer lactato.

Administrar medicamentos, conforme apropriado (p. ex., clorpromazina e esteroides).

Reduzir os estímulos ambientais.

Observar sinais de complicações tardias (p. ex., coagulopatia por consumo, insuficiência renal, hipotermia, edema pulmonar, hipercalemia, sequelas neurológicas, necrose muscular e recorrência de sintomas após o tratamento do episódio inicial).

Oferecer ao paciente e familiares informações sobre as precauções necessárias para futuras administrações de anestésico.

Estabelecer vínculo da família com o Serviço Especializado em Hipertermia.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Beck C.F. Malignant hyperthermia: Are you prepared? *AORN Journal*. 1994;59(2):367-390.

Corkill M.S. Not too hot to handle: Malignant hyperthermia [Film study guide]. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses, 1990.

Donnelly A.J. Malignant hyperthermia: Epidemiology, pathophysiology, treatment. *AORN Journal*. 1994;59(2):393-405.

Malignant Hyperthermia Association of the United States (MHAUS). Understanding malignant hyperthermia. Westport, CT: Author, 1990.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Intraoperative nursing management. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:417-435.

Waugaman W.R., Foster S.D., Rigor B.M. Principles and practice of nurse anesthesia. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.

Controle da HIPERVOLEMIA (4170)

Definição: Redução no volume do líquido extracelular e/ou intracelular e prevenção de complicações em paciente com sobrecarga hídrica.

Atividades:

Pesar e monitorar tendências diariamente.

Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive PVC, PAM, PAP e PCP, se possível.

Monitorar níveis de albumina sérica e proteína total, se possível.

Monitorar o padrão respiratório em busca de sintomas de dificuldade respiratória (p. ex., dispneia, taquipneia e falta de fôlego).

Monitorar a função renal (p. ex., níveis de ureia e creatinina), se possível.

Monitorar ingestão e eliminação.

Monitorar os sinais vitais conforme apropriado.

Monitorar alterações em edema periférico conforme apropriado.

Monitorar resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (p. ex., gravidade específica aumentada, níveis de ureia aumentados, de hematócritos diminuídos e aumento da osmolalidade urinária).

Ajustar uma taxa de fluxo apropriado para infusão intravenosa (ou transfusão de sangue).

Monitorar os líquidos EV prescritos quanto à adequação (p. ex., evitar água à vontade em paciente com sobrecarga hídrica e hiponatremia).

Administrar os diuréticos prescritos conforme apropriado.

Monitorar quanto a efeitos terapêuticos do diurético (p. ex., débito urinário aumentado, PVC/PCP diminuída e ruídos respiratórios estranhos diminuídos).

Ensinar ao paciente as razões do uso da terapia diurética.

Administrar o(s) agente(s) prescrito(s) para descarga (p. ex., morfina, furosemida e nitroglicerina), conforme apropriado.

Monitorar os níveis de potássio após diurese.

Preparar o paciente para diálise (p. ex., auxiliar a colocar o cateter para diálise), conforme apropriado.

Monitorar mudanças no peso do paciente antes e depois da diálise, se adequado.

Monitorar a resposta hemodinâmica do paciente conforme apropriado.

Monitorar o volume infundido e de retorno do dialisado peritoneal, conforme apropriado.

Monitorar o dialisado peritoneal que retornou na busca de indícios de complicações (p. ex., infecção, sangramento excessivo e coágulos), conforme apropriado.

Elevar a cabeceira da cama para melhorar a ventilação, conforme apropriado.

Manter PEEP para paciente com edema pulmonar em ventilação mecânica, conforme apropriado.

Usar sucção com sistema fechado para paciente com edema pulmonar e em ventilação mecânica com pressão expiratória positiva final, quando apropriado.

Virar o paciente com edema dependente com frequência.

Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco de deterioração, oferecer mudanças frequentes do peso, evitar força de acasalamento e oferecer nutrição adequada), conforme apropriado.

Monitorar diurese excessiva.

Observar indicadores de desidratação (p. ex., turgor insatisfatório da pele, refil capilar retardado, pulso fraco/filiforme,

sede excessiva, mucosas ressecadas, débito urinário diminuído e hipotensão).

Orientar o paciente/família sobre uso do registro da eliminação, conforme apropriado.

Orientar o paciente e/ou família sobre medidas instituídas para tratamento da hipervolemia.

Oferecer uma dieta adequada conforme indicado.

Promover auto-estima e uma imagem corporal positivas caso haja manifestação de preocupações em consequência de retenção excessiva de líquidos, se for o caso.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Outcome standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-598. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Horne M., Swearingen P. Pocket guide to fluids and electrolytes, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1992.

Kinney M., Packa D., Dunbar S. AACN's clinical reference for critical-care nursing. New York: McGraw-Hill, 1993;193-236.

Kokko J., Tannen R. Fluids and electrolytes, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Fluid and electrolytes: Balance and distribution. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:249-294.

Stark J. The renal system. In: Alspach J.G., editor. *Core curriculum for critical care nursing*. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2006:525-610. American Association of Critical Care Nurses

HIPNOSE (5920)

Definição: Assistência ao paciente para atingir um estado de concentração atento e focalizado, com alteração da consciência, de modo a criar mudanças nas sensações, pensamentos ou comportamentos.

Atividades:

Obter o histórico do problema a ser tratado pela hipnose.

Determinar as metas da hipnose com o paciente.

Determinar a receptividade do paciente ao uso da hipnose.

Corrigir mitos e ideias errôneas sobre hipnose.

Assegurar que o paciente aceitou o tratamento.

Avaliar a adequação do paciente, levantando dados sobre a possibilidade de ser questionado.

Determinar o histórico do paciente relativo a estados de transe, como sonhar acordado e „hipnose das rodovias” (*highway hypnosis*).

Confirmar a presença de uma relação de confiança.

Oferecer um ambiente calmo e confortável.

Prevenir as possíveis interrupções.

Orientar o paciente sobre a finalidade da intervenção.

Orientar o paciente de que ele será induzido a um estado de transe e que manterá o controle.

Sentar confortavelmente o paciente, não o encarando totalmente, quando adequado.

Conversar com o paciente sobre sugestões hipnóticas a serem usadas antes da indução.

Selecionar uma técnica de indução (p. ex., ilusão do pêndulo de Chevreul, relaxamento, imaginar descendo uma escada, levitar os braços, relaxamento muscular simples, exercícios de visualização, atenção à respiração, repetição de palavras/expressões-chave, e outras).

Utilizar o máximo de linguagem usada pelo paciente.

Oferecer uma pequena quantidade de sugestões de forma assertiva.

Combinar as sugestões com eventos que ocorrem naturalmente.

Transmitir uma atitude permissiva para auxiliar a indução do transe.

Utilizar voz ritmada, calma e monótona durante a indução do paciente.

Ritmar as afirmações com as respirações do paciente.

Encorajar o paciente a fazer respirações profundas de modo a intensificar o estado de relaxamento e reduzir a tensão.

Auxiliar o paciente a fugir para local agradável usando imagens orientadas.

Auxiliar o paciente a identificar técnicas adequadas de aprofundamento (p. ex., movimentar uma das mãos em direção ao rosto, técnica da intensificação de imagens, fracionamento).

Evitar adivinhar o que o paciente está pensando.

Auxiliar o paciente a usar todos os sentidos durante o processo.

Determinar se usa ou não imagens direcionadas ou não direcionadas com o paciente, conforme apropriado.

Facilitar a indução rápida por meio de um indicador específico (verbal ou visual) com a experiência.

Orientar o paciente a respeito do nível do transe não ser importante para uma hipnose bem-sucedida.

Facilitar a saída do transe do paciente, contando até um número pré-combinado, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a sair do transe em seu próprio ritmo, conforme apropriado.

Oferecer *feedback* positivo ao paciente após cada episódio.

Encorajar o paciente a utilizar a autoindução independente do enfermeiro, para controlar o problema que está sendo tratado.

Identificar situações, como procedimentos dolorosos em que o paciente necessita de mais apoio profissional, para uma indução eficiente.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Freeman L. Hypnosis. In: Freeman L., editor. *Mosby's complementary & alternative medicine: A research-based approach*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004:237-274.

Lynn S.J., Kirsch I. *Essentials of clinical hypnosis: An evidence-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association, 2006.

Rankin-Box D. Hypnosis. In: Rankin-Box D., editor. *The nurse's handbook of complementary therapies*. 2nd ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2001:208-214.

Zahourek R.P. *Clinical hypnosis and therapeutic suggestion in nursing*. Orlando, FL: Grune & Stratton, 1985.

Controle da HIPOGLICEMIA (2130)

Definição: Prevenção e tratamento de níveis baixos de glicose no sangue.

Atividades:

Identificar o paciente com risco de hipoglicemia.

Determinar o reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia.

Monitorar os níveis de glicose sanguínea se indicado.

Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de hipoglicemia (p. ex., falta de firmeza, tremores, transpiração, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, umidade na pele, delírio, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, tontura, fraqueza, calor, vertigem, desmaio, visão embaçada, pesadelos, choro durante o sono, parestesias, dificuldade de concentração, dificuldade para falar, falta de coordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsão).

Oferecer carboidratos simples se indicado.

Oferecer carboidratos complexos e proteínas conforme indicação.

Administrar glucagon se indicado.

Fazer contato com serviços médicos de emergência, se necessário.

Administrar glicose intravenosa se indicado.

Manter acesso IV se apropriado.

Manter via aérea desobstruída, se necessário.

Proteger contra lesão, se necessário.

Revisar eventos anteriores à hipoglicemia para determinar a possível causa.

Oferecer *feedback* relativo à adequação do autocontrole da hipoglicemia.

Orientar o paciente e as pessoas significativas sobre sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento para hipoglicemia.

Orientar o paciente a ter carboidratos simples disponíveis sempre.

Orientar o paciente a conseguir e levar/usar identificação de emergência correta.

Orientar as pessoas significativas sobre o uso e administração de glucagon, quando adequado.

Orientar sobre a interação da dieta, insulina/agentes orais e exercício.

Oferecer assistência na tomada de decisões de autocuidado para prevenir a hipoglicemia (p. ex., reduzir insulina/agentes orais e/ou aumentar a ingestão de alimentos e exercícios).

Estimular o automonitoramento de níveis de glicose sanguínea.

Estimular contato telefônico contínuo com a equipe de cuidado do diabetes para consultar sobre ajustes no regime de tratamento.

Colaborar com o paciente e a equipe de cuidado do diabetes para fazer mudanças no regime de insulina (p. ex., múltiplas injeções diárias), conforme indicação.

Modificar as metas da glicose sanguínea para prevenir hipoglicemia na ausência de sintomas hipoglicêmicos.

Informar o paciente sobre o aumento do risco de hipoglicemia com terapia intensiva e normalização dos níveis de glicose do sangue.

Orientar o paciente quanto a prováveis mudanças nos sintomas de hipoglicemia, com terapia intensiva e normalização dos níveis de glicose do sangue.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American Diabetes Association. Intensive diabetes management. Alexandria, VA: Author, 1995.

American Diabetes Association. Santiago J.V., editor. Medical management of insulin-dependent (Type I) diabetes, 2nd ed., Alexandria, VA: Author, 1994.

Ahern J., Tamborlane W.V. Steps to reduce the risks of severe hypoglycemia. *Diabetes Spectrum*. 1997;10(1):39-41.

Cryer P.E., Fisher J.N., Shamon H. Hypoglycemia. *Diabetes Care*. 1994;17(7):734-755.

Levandoski L.A. Hypoglycemia. In: Peragallo-Dittko V., editor. *A core curriculum for diabetes education*. Chicago: American Association of Diabetes Educators and AADE Education and Research Foundation; 1993:351-372.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Assessment and management of patients with diabetes mellitus. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1150-1203.

Indução de HIPOTERMIA (3790)

Definição: Alcance e manutenção da temperatura central do corpo abaixo de 35° C e monitoramento dos efeitos secundários e/ou prevenção de complicações.

Atividades:

Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.

Monitorar a temperatura do paciente usando dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central, conforme apropriado.

Colocar o paciente em monitor cardíaco.

Instituir medidas externas e ativas de resfriamento (p. ex., bolsas de gelo, cobertor de resfriamento com água, compressas de resfriamento com circulação de água), como adequado.

Instituir medidas ativas e internas de resfriamento (p. ex., cateteres de resfriamento intravasculares), quando adequado.

Monitorar a cor e a temperatura da pele.

Monitorar a ocorrência de tremores.

Usar aquecimento do rosto ou mãos, ou ataduras de isolamento, para diminuir a reação de tremor, quando adequado.

Dar o medicamento adequado para evitar ou controlar tremores.

Monitorar surgimento de arritmias e tratá-las, quando adequado.

Monitorar ocorrência de desequilíbrio eletrolítico.

Monitorar desequilíbrio ácido-básico.

Monitorar ingestão e eliminação.

Monitorar a condição respiratória.

Monitorar tempo de coagulação, tempo da protrombina (PT), tempo parcial ativado da tromboplastina (aPTT) e contagem de plaquetas, se indicado.

Monitorar atentamente o paciente quanto a sinais e sintomas de sangramento persistente.

Monitorar a contagem de células brancas do sangue, quando adequado.

Monitorar a condição hemodinâmica (p. ex., PCP, DC, RVS), usando monitoramento hemodinâmico invasivo, quando adequado.

Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Holtzclaw B.J. Shivering in acutely ill vulnerable populations. *AACN Clinical Issues*. 2004;15:267-279.

McIlvoy L.H. The effect of hypothermia and hyperthermia on acute brain injury. *AACN Clinical Issues*. 2005;16:488-500.

Wright J.E. Therapeutic hypothermia in traumatic brain injury. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2005;28:150-161.

Zeitzer M.B. Inducing hypothermia to decrease neurologic deficit: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52:189-199.

Tratamento da HIPOTERMIA (3800)

Definição: Reaquecimento e vigilância de paciente cuja temperatura central está abaixo de 35° C.

Atividades:

Remover o paciente do frio, colocando-o em ambiente aquecido.

Remover as roupas frias e úmidas e substituí-las por roupas quentes e secas.

Monitorar a temperatura do paciente com um termômetro que registre temperaturas baixas, se necessário.

Instalar aparelho para monitoramento contínuo da temperatura central, como convier.

Monitorar o aparecimento de sintomas associados à hipotermia: fadiga, fraqueza, confusão, apatia, coordenação prejudicada, fala arrastada, tremores e mudança na cor da pele.

Determinar os fatores que levam a episódio de hipotermia, perguntando sobre atividades recentes, como atividades pesadas em tempo frio e úmido, idoso que mora sozinho em ambiente frio e estado nutricional insatisfatório.

Monitorar a ocorrência de condições médicas subjacentes que podem precipitar hipotermia (p. ex., diabetes, mixedema,

ou anorexia nervosa).

Colocar em monitor cardíaco, se apropriado.

Monitorar e tratar desfibrilação ventricular.

Cobrir com cobertores aquecidos se adequado.

Minimizar estímulos do paciente para evitar precipitação de fibrilação ventricular.

Administrar líquidos IV aquecidos (37° a 40° C), se apropriado.

Administrar oxigênio aquecido, como convier.

Instituir medidas ativas externas de reaquecimento (p. ex., imersão em água quente, aplicação de bolsas de água quente e colocação sobre cobertor de aquecimento), se apropriado.

Instituir técnicas ativas de reaquecimento da temperatura central (p. ex., lavagem colônica, hemodiálise, diálise peritoneal e reaquecimento extracorpóreo do sangue), se apropriado.

Monitorar ocorrência de choque por reaquecimento.

Administrar expansores do volume do plasma, se apropriado.

Monitorar a cor e a temperatura da pele.

Monitorar os sinais vitais, se apropriado.

Monitorar a ocorrência de bradicardia.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrio eletrolítico.

Monitorar a ocorrência de desequilíbrio ácido-básico.

Monitorar a ingestão e eliminação.

Monitorar débito cardíaco, PCP, RVS e PAD, usando monitoramento hemodinâmico invasivo, se apropriado.

Evitar oferecer medicamentos IM ou subcutâneos durante o estado hipotérmico.

Monitorar a ocorrência de aumento das ações dos medicamentos à medida que ocorre o reaquecimento.

Instituir a vigilância rotineira da pele, se apropriado.

Monitorar o estado respiratório.

Dar ao paciente líquidos orais mornos se alerta e capaz de deglutir.

Monitorar o estado nutricional.

Ensinar o paciente a consumir uma ingestão calórica suficiente para manter uma temperatura corporal normal.

Salientar a importância de usar roupas quentes e protetoras ao sair em temperaturas frias.

Ensinar os sinais precoces de alerta de hipotermia.

Estabelecer sistemas de apoio para paciente idoso de modo a prevenir o isolamento e a moradia em ambientes excessivamente frios, se apropriado.

Leituras Sugeridas:

- Knochel J.P. Disorders due to heat and cold. In: Wyngaarden J.B., Smith L.H.Jr., Bennett J.C., editors. *Cecil textbook of medicine*. 19th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:2358-2361.
- Summers S. Hypothermia: One nursing diagnosis or three. *Nursing Diagnosis*. 1992;3(1):2-11.
- Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. *Mosby's clinical nursing*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Controle da HIPOVOLEMIA (4180)

Definição: Expansão de volume hídrico intravascular em paciente com depleção de volume.

Atividades:

Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação, conforme apropriado.

Manter desobstruído o acesso IV.

Monitorar níveis de hemoglobina e hematócritos, se adequado.

Monitorar a perda hídrica (p. ex., sangramento, vômito, diarreia, transpiração e taquipneia).

Monitorar os sinais vitais conforme apropriado.

Calcular as necessidades hídricas com base na área da superfície corporal e no tamanho da queimadura, conforme apropriado.

Monitorar a resposta do paciente à reposição de líquidos.

Administrar soluções hipotônicas (p. ex., dextrose a 5%, ou metade de soro fisiológico) para reidratação intracelular se adequado.

Administrar soluções isotônicas (p. ex., solução fisiológica e solução de Ringer Lactato) para reidratação extracelular, se adequado.

Combinar soluções cristaloides (p. ex., solução fisiológica e solução de Ringer) e coloides (p. ex., solução para expansão de volemia e Plasmanate®) para repor o volume intravascular, conforme a prescrição.

Iniciar a reposição de líquido prescrita, conforme apropriado.

Monitorar o local IV em relação a sinais de infiltração ou infecção, se adequado.

Monitorar a ocorrência de perdas insensíveis de líquidos (p. ex., diaforese e infecção respiratória).

Promover a integridade da pele (p. ex., monitorar áreas de risco de rupturas, fazer mudanças frequentes do decúbito, evitar atrito e cisalhamento e oferecer nutrição adequada), conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a deambular em caso de hipotensão postural.

Orientar o paciente a evitar mudanças rápidas de posição, especialmente da posição supina para sentado ou de pé.

Oferecer higiene oral frequente.

Monitorar o peso.

Observar o surgimento de indicadores de desidratação (p. ex., turgor insatisfatório da pele, perfusão capilar retardado/pulso fino, sede exagerada, mucosas ressecadas, débito urinário diminuído e hipotensão).

Encorajar a ingestão de líquidos orais (p. ex., distribuir os líquidos por 24 horas e oferecê-los às refeições), se indicado.

Monitorar a condição hemodinâmica, inclusive PVC, PAM, PAP e PCP, se possível.

Administrar líquidos IV à temperatura ambiente.

Manter uma taxa regular de fluxo da infusão endovenosa contínua.

Posicionar o paciente para melhorar a perfusão periférica.

Verificar a disponibilidade de hemoderivados para transfusão, se necessário.

Instituir autotransfusão para perda de sangue, se adequado.

Administrar hemoderivados (p. ex., plaquetas e plasma congelado fresco), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de reação ao sangue, se adequado.

Posicionar o paciente na posição de Trendelenburg, quando hipotenso, se adequado.

Administrar os vasodilatadores prescritos com cautela (p. ex., nitroglicerina, nitroprussiato e bloqueadores de canal de cálcio) ao reaquecer paciente em pós-operatório, conforme apropriado.

Orientar o paciente e/ou a família sobre medidas instituídas para tratamento da hipovolemia.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas clínicos de hidratação/líquidos em excesso.

Monitorar o aparecimento de sinais de insuficiência renal iminente (p. ex., níveis aumentados de ureia e creatinina, mioglobinemia e débito urinário diminuído), conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Outcome standards for nursing care of the critically ill. Laguna Niguel, CA: Author, 1990.

Askanazi J., Starker P., Wissman C. Fluid and electrolyte management in critical care. Boston: Butterworths, 1986.

Baer C.L. Fluid and electrolyte balance. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:173-208.

Cullen L.M. Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):569-598. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Horne M., Swearingen P. Pocket guide to fluids and electrolytes, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Kokko J., Tannen R. Fluids and electrolytes, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Fluid and electrolytes: Balance and distribution. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:256-259.

Stark J. The renal system. In: Alspach J.G., editor. *Core curriculum for critical care nursing*. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2006:525-610. American Association of Critical Care Nurses

Controle do HUMOR (5330)

Definição: Oferta de segurança, estabilização, recuperação e manutenção de paciente com humor disfuncionalmente

deprimido ou elevado.

Atividades:

Avaliar o humor (p. ex., sinais, sintomas, histórico pessoal), inicialmente, e em intervalos regulares, à medida que o tratamento evolui.

Administrar questionários de autorrelato (p. ex., Inventário da Depressão, escalas da condição funcional), conforme apropriado.

Determinar se o paciente apresenta riscos à sua segurança ou à de outras pessoas.

Considerar a hospitalização do paciente com transtornos do humor que representem riscos à segurança, que seja incapaz de satisfazer às próprias necessidades de autocuidado e/ou careça de apoio social.

Iniciar as precauções necessárias para salvaguarda do paciente ou de outras pessoas com risco de dano físico (p. ex., suicídio, autoagressão, fuga, violência).

Providenciar ou encaminhar o paciente para tratamento por abuso de substância, caso o abuso seja um fator colaborador para o transtorno do humor.

Adaptar ou interromper medicamentos que possam contribuir para os transtornos do humor (p. ex., por enfermeiros de prática avançada, adequadamente licenciado).

Encaminhar o paciente para avaliação e/ou tratamento de qualquer doença médica subjacente que possa contribuir para uma alteração do humor (p. ex., distúrbios da tireoide etc.).

Monitorar a capacidade de autocuidado (p. ex., as atividades de arrumar-se, higiene, ingestão de líquidos/alimentos, eliminação).

Auxiliar no autocuidado, se necessário.

Monitorar o estado físico do paciente (p. ex., peso e hidratação do corpo).

Monitorar e regular o nível de atividade e estimulação no ambiente conforme as necessidades do paciente.

Auxiliar o paciente a manter um ciclo normal de sono/vigília (p. ex., períodos programados de descanso, técnicas de relaxamento, medicamentos sedativos e limite na ingestão de cafeína).

Auxiliar o paciente a assumir cada vez mais responsabilidades pelo autocuidado, na medida de suas possibilidades.

Providenciar oportunidades para atividades físicas (p. ex., andar ou usar bicicleta ergométrica).

Monitorar o funcionamento cognitivo (p. ex., concentração, atenção, memória, capacidade de processar informações, capacidade de tomar decisões).

Usar linguagem simples, concreta e adequada durante as interações com o paciente com comprometimento cognitivo.

Usar auxiliares de memória e indicadores visuais para ajudar paciente com prejuízo cognitivo.

Limitar as oportunidades decisórias a paciente com prejuízo cognitivo.

Ensinar ao paciente habilidades de tomada de decisão, se necessário.

Encorajar o paciente a envolver-se em processos decisórios cada vez mais complexos à medida que for capaz.

Encorajar o paciente a assumir papel ativo no tratamento e na recuperação, conforme apropriado.

Providenciar ou encaminhar à psicoterapia (p. ex., comportamental cognitiva, interpessoal, conjugal, familiar, grupal), conforme apropriado.

Interagir com o paciente a intervalos regulares de modo a transmitir atenção e/ou oferecer uma oportunidade para expressar seus sentimentos.

Auxiliar o paciente a monitorar o humor de forma consistente (p. ex., escala de atribuição de pontos de 1 a 10 e registro em diário).

Auxiliar o paciente a identificar pensamentos e sentimentos subjacentes ao humor disfuncional.

Limitar a quantidade de tempo dado ao paciente para a expressão de sentimentos negativos e/ou relatos de fracassos anteriores.

Auxiliar o paciente a extravasar seus sentimentos de forma adequada (p. ex., saco de areia, arteterapia e atividade física vigorosa).

Auxiliar o paciente a identificar elementos precipitadores do humor disfuncional (p. ex., desequilíbrios químicos, estressores situacionais, luto/perda e problemas físicos).

Auxiliar o paciente a identificar os aspectos precipitadores capazes/incapazes de mudança.

Auxiliar o paciente na identificação de recursos disponíveis e pontos positivos/capacidades que possam ser usados na modificação dos elementos precipitadores do humor disfuncional.

Ensinar novas habilidades de enfrentamento e de resolução de problemas.

Encorajar o paciente, conforme sua tolerância, a envolver-se em interações e atividades sociais com outras pessoas.

Proporcionar o treinamento de habilidades sociais e/ou assertividade, conforme necessidade.

Oferecer ao paciente um retorno em relação à adequação de seus comportamentos sociais.

Utilizar estratégias de fixação de limites e controle do comportamento para ajudar o paciente maníaco a evitar comportamento invasivo e causador de rupturas.

Utilizar intervenções restritivas (p. ex., restrição de área, isolamento, contenção física, contenção química) para tratar o comportamento inseguro ou inadequado que não reage a intervenções de controle comportamental menos restritivas.

Controlar e tratar as alucinações e/ou delírios que podem acompanhar o transtorno do humor.

Prescrever, ajustar e suspender medicamentos usados para o tratamento do humor disfuncional (p. ex., por enfermeiro de prática avançada, adequadamente qualificado).

Administrar medicamentos que estabilizem o humor (p. ex., antidepressivos, lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, ansiolíticos, hormônios e vitaminas).

Monitorar o paciente quanto a efeitos secundários dos medicamentos e seus impactos no humor.

Tratar e/ou controlar os efeitos secundários dos medicamentos, ou as reações adversas dos medicamentos utilizados para o tratamento dos transtornos do humor.

Coletar sangue e monitorar níveis séricos dos medicamentos no sangue (p. ex., antidepressivos tricíclicos, lítio,

anticonvulsivos), conforme apropriado.

Monitorar e promover a adesão do paciente ao regime medicamentoso.

Auxiliar o médico a oferecer tratamentos com terapia eletroconvulsiva (ECT), quando forem indicados.

Monitorar o estado psicológico e mental do paciente, logo após a ECT.

Auxiliar a oferecer „fototerapia” para aumentar o humor.

Oferecer orientação sobre o procedimento ao paciente e às pessoas significativas no caso de paciente em ECT, ou fototerapia.

Monitorar o humor do paciente quanto à resposta à ECT ou à fototerapia.

Oferecer ensino sobre medicamentos ao paciente/pessoas importantes.

Orientar o paciente/pessoas importantes sobre a doença, caso a disfunção do humor basear-se em doença (p. ex., depressão, mania e tensão pré-menstrual).

Oferecer orientações sobre o desenvolvimento e a manutenção de sistemas de apoio (p. ex., família, amigos, recursos espirituais, grupos de apoio e aconselhamento).

Auxiliar o paciente a antecipar e enfrentar as mudanças de vida (p. ex., emprego novo, necessidade de faltar ao trabalho, grupo de novos amigos).

Oferecer acompanhamento ao paciente externo, a intervalos adequados, conforme a necessidade.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Chitty C.K. Clients with mood disorders. In: Wilson H.S., Kneisel C.R., editors. *Psychiatric nursing*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1996:323-359.
- Depression Guideline Panel. Depression in primary care: Volume 1. Detection and diagnosis. Clinical practice guideline. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1993. (AHCPR Pub. No. 93-0550)
- Depression Guideline Panel. Depression in primary care: Volume 2. Treatment of major depression. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1993. Clinical practice guideline. (AHCPR Pub. No. 93-0551)
- Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A. Mood disorders. In: Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A., editors. *Psychiatric nursing care plans*. St. Louis, MO: Mosby; 1995:48-73.
- Hagerty B. Mood disorders: Depression and mania. In: Fortinash K.M., Holoday-Worret P.A., editors. *Psychiatric mental health nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1996:251-283.
- McFarland G.K., Wasli E., Gerety E.K. Mood disorders. In: McFarland G.K., Wasli E., Gerety E.K., editors. *Nursing diagnoses and process in psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1997:255-274.
- Schultz J.M., Videbeck S.D. Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.
- Stuart G. Emotional responses and mood disorders. In: Stuart G.W., Sundeen S.J., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1998:413-451.
- Tommasini N.R. The client with a mood disorder (depression). In: Antai-Otong D., Kongable G., editors. *Psychiatric nursing: Biological and behavioral concepts*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995:157-189.
- Wood S.J. Mood disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:333-373.

Definição: Facilitação para o paciente para que perceba, valorize e expresse o que é engraçado, divertido ou lúdico, a fim de estabelecer relações, aliviar tensões, liberar a raiva, facilitar a aprendizagem ou enfrentar sentimentos dolorosos.

Atividades:

Determinar os tipos de humor valorizados pelo paciente.

Determinar as reações típicas do paciente ao humor (p. ex., riso ou sorriso).

Determinar o horário do dia em que o paciente está mais receptivo.

Evitar tópicos em relação aos quais o paciente mostre-se sensível.

Discutir as vantagens do riso com o paciente.

Selecionar materiais divertidos que criem um despertar melhor para o indivíduo.

Disponibilizar jogos, desenhos animados, histórias, vídeos, gravações auditivas, livros divertidos e outros materiais de humor.

Indicar incoerências humorísticas nas situações.

Estimular a visualização de materiais que despertem o humor (p. ex., foto de uma autoridade ligada à censura vestindo roupas íntimas).

Encorajar atitudes mais descontraídas e divertidas.

Remover as barreiras ambientais que evitem ou diminuam a ocorrência espontânea do humor.

Monitorar a resposta do paciente e interromper a estratégia de humor, se ineficiente.

Evitar o uso com paciente que apresenta deficiência cognitiva.

Demonstrar uma atitude de valorização do humor.

Reagir de forma positiva às tentativas humorísticas feitas pelo paciente.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Buxman K. Make room for laughter. *American Journal of Nursing*. 1991;91(12):46-51.

Kolkmeier L.G. Play and laughter: Moving toward harmony. In: Dosseyk B.M., Keegan L., Guzetta C.E., Kolkmeier L.G., editors. *Holistic nursing: A handbook for practice*. Rockville, MD: Aspen; 1988:289-304.

Smith K. Humor. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complimentary/alternative therapies in nursing*. 5th ed. New York: Springer; 2006:93-106.

Sullivan J.L., Deane D.M. Humor and health. *Journal of Gerontological Nursing*. 1988;14(1):20-24.

Melhora da IMAGEM Corporal (5220)

Definição: Melhorar as percepções e as atitudes conscientes e inconscientes do paciente em relação a seu corpo.

Atividades:

Determinar as expectativas do paciente quanto à imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento.

Usar orientação antecipada para preparar o paciente para mudanças previsíveis na imagem corporal.

Determinar se o desgosto percebido em relação a algumas características físicas cria paralisia social disfuncional em adolescentes e outros grupos de alto risco.

Ajudar o paciente a discutir mudanças causadas por doença ou cirurgia, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a determinar o alcance das mudanças reais no corpo ou nível de funcionamento.

Determinar se alguma mudança física recente foi incorporada à imagem corporal do paciente.

Ajudar o paciente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a determinar a influência do grupo de colegas na percepção do paciente sobre a imagem corporal atual.

Ajudar o paciente a discutir as mudanças causadas pela puberdade, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a discutir as mudanças causadas por uma gestação normal, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a discutir as mudanças causadas pelo envelhecimento, conforme apropriado.

Orientar o paciente quanto a mudanças normais no corpo, associadas a vários estágios de envelhecimento, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a discutir os estressores que afetam a imagem corporal devido a condições congênitas, lesão, doença ou cirurgia.

Identificar os efeitos da cultura, religião, raça, sexo e idade do paciente em termos de imagem corporal.

Monitorar a frequência das declarações de autocrítica.

Monitorar se o paciente consegue olhar para a parte do corpo modificada.

Monitorar se ocorrem declarações que identifiquem percepções da imagem corporal preocupadas com forma e peso do corpo.

Usar desenho do autorretrato como mecanismo de avaliação das percepções que a criança tem do próprio corpo.

Orientar as crianças sobre as funções das várias partes do corpo, conforme apropriado.

Determinar as percepções do paciente e familiares sobre alteração na imagem corporal *versus* realidade.

Identificar as estratégias de enfrentamento usadas pelos pais em resposta a mudanças na aparência do filho.

Determinar como a criança reage às reações dos pais, conforme apropriado.

Ensinar aos pais a importância de suas reações às mudanças corporais do filho e às adaptações futuras, conforme apropriado.

Ajudar os pais a identificar sentimentos anteriores à intervenção no filho se apropriado.

Determinar se alguma mudança na imagem corporal contribuiu para o aumento do isolamento social.

Ajudar o paciente a identificar partes de seu corpo com percepções positivas associadas a elas.

Identificar uma forma de reduzir o impacto de qualquer desfiguramento por meio de roupas, perucas ou cosméticos, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a identificar ações que melhorem a aparência.

Auxiliar o paciente hospitalizado a aplicar cosméticos antes de receber visitas, conforme apropriado.

Facilitar o contato com pessoas com mudanças semelhantes na imagem corporal.

Identificar grupos de apoio disponíveis ao paciente.

Ajudar o paciente com risco de anorexia ou bulimia a desenvolver expectativas mais realistas quanto à imagem corporal.

Usar exercícios de autorrevelação com grupos de adolescentes ou outros muito agitados em relação aos atributos físicos normais.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Blaesing S., Brockhaus J. The development of body image in the child. *Nursing Clinics of North America*. 1972;7(4):597-607.

Haber J., McMahon A.L., Price-Hoskins P., Sideleau B.F. *Comprehensive psychiatric nursing*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Janelli L.M. Body image in older adults: A review of the literature. *Rehabilitation Nursing*. 1986;11(4):6-8.

McBride L.G. Teaching about body image: A technique for improving body satisfaction. *Journal of School Health*. 1986;56(2):76-77.

Nichols P. *Clear thinking: Clearing dark thought with new words and images*. Iowa City, IA: River Lights Publisher, 1996.

Williams M.L. The nursing diagnosis of body image disturbance in adolescents dissatisfied with their physical characteristics. *Holistic Nursing Practice*. 1987;1(4):52-59.

Wilson H.S., Kneisl C.R. *Psychiatric nursing*, 4th ed. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1992.

Vernon A. *Thinking, feeling, behaving: An emotional education curriculum for adolescents (grades 1-6)*. Champaign, IL: Research Press, 1989.

Vernon A. *Thinking, feeling, behaving: An emotional education curriculum for adolescents (grades 7-12)*. Champaign, IL: Research Press, 1989.

Estimulação da IMAGINAÇÃO (6000)

Definição: Uso proposital da imaginação para chegar a determinado estado, resultado ou ação, ou direcionar a atenção para longe de sensações indesejáveis.

Atividades:

Sondar a existência de problemas emocionais graves, história de doença psiquiátrica ou alucinações.

Sondar a ocorrência de redução do nível de energia, incapacidade de concentração ou outros sintomas capazes de interferir na capacidade cognitiva para criar foco nas imagens mentais.

Descrever a justificativa e os benefícios, limites e tipos de técnicas de imagem guiada disponíveis.

Provocar informações sobre experiências anteriores de enfrentamento para determinar se a estimulação da imaginação pode ou não ser útil.

Conversar sobre a capacidade de criar imagens mentais vívidas e vivenciá-las como se forem reais.

Determinar a capacidade de criar imagens sem o enfermeiro (p. ex., sozinho ou com fita gravada).

Encorajar a pessoa a escolher entre várias técnicas de estimulação da imaginação (p. ex., auxílio do enfermeiro, fita gravada).

Sugerir que a pessoa assuma uma posição confortável, com roupas confortáveis e os olhos fechados.

Proporcionar ambiente confortável, sem interrupções se possível (p. ex., uso de fones de ouvido).

Conversar sobre uma imagem vivida pelo paciente que seja agradável e relaxante, como deitar-se na praia, observar a neve, flutuar numa canoa ou observar o pôr do sol.

Individualizar as imagens escolhidas considerando crenças espirituais ou religiosas, interesse artístico, ou outras preferências individuais.

Descrever a cena usando o máximo possível de sentidos.

Fazer sugestões para induzir o relaxamento (p. ex., imagens de paz, sensações agradáveis ou respiração ritmada), conforme apropriado.

Usar uma voz modulada ao orientar as experiências com imagens.

Levar o paciente a viajar, mentalmente, até a cena e ajudar a descrevê-la com detalhes.

Usar as orientações e as sugestões de permissão ao lidar com a imagem, como „talvez”, „se quiser”, ou „talvez você queira”.

Levar o paciente a, lentamente, viver a cena: Como é? Há cheiros? Sons? Sensações de toque? Gosto?

Usar palavras ou expressões que transmitam imagens agradáveis, como flutuar, misturar, liberar e assim por diante.

Criar uma parte da imagem que possa ser limpa ou desobstruída (p. ex., toda a dor como uma poeira avermelhada que vai pela correnteza de um riacho ao se entrar nele).

Ajudar o paciente a criar um método de terminar a técnica da imagem guiada, como contar devagar enquanto respira profundamente, realizar movimentos lentos e ter pensamentos de relaxamento, reanimação e estado de alerta.

Encorajar o paciente a expressar ideias e sentimentos sobre a experiência.

Preparar o paciente para experiências inesperadas (embora normalmente terapêuticas) como chorar.

Orientar o paciente a praticar criar imagens, se possível.

Gravar em áudio a experiência com as imagens, quando útil.

Planejar com o paciente um momento adequado para repetir a experiência.

Usar de forma preventiva as técnicas de criação de imagens.

Planejar acompanhamento para avaliar os efeitos das imagens e todas as mudanças consequentes às sensações e percepções.

Usar a imaginação como estratégia auxiliar aos medicamentos para dor, ou com outras medidas, conforme apropriado.

Avaliar e documentar a resposta à estimulação da imaginação.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Dossey B. Using imagery to help heal your patient. *American Journal of Nursing*. 1995;95(6):41-46.

Eller L.S. Guided imagery interventions for symptom management. *Annual Review of Nursing Research*. 1999;17:57-84.

Herr K.A., Mobily P.R. Pain management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:149-171.

Kwekkeboom K., Kneip J., Pearson L. A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. *Pain Management Nursing*. 2003;4:112-123.

McCaffery M., Pasero C. Practical nondrug approaches to pain. In: McCaffery M., Pasero C., editors. *Pain: Clinical manual*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1999:399-427.

Post-White J. Imagery. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/Alternative therapies in nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 1998:103-122.

Van Kuiken D. A meta-analysis of the effect of guided imagery practice on outcomes. *Journal of Holistic Nursing*. 2004;22:164-179.

IMOBILIZAÇÃO (0910)

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

Atividades:

Posicionar a parte do corpo com sacos de areia ou outro recurso, conforme apropriado.

Apoiar a parte do corpo afetada.

Aplicar imobilizador com ar, conforme apropriado.

Aplicar uma tala para oferecer apoio à parte do corpo lesionada.

Forrar a área lesionada para evitar atrito causado pelo dispositivo, conforme apropriado.

Imobilizar uma perna lesionada na posição estendida, conforme apropriado.

Imobilizar um braço lesionado em posição flexionada ou estendida, conforme apropriado.

Movimentar a extremidade lesionada o mínimo possível.

Estabilizar articulações proximais e distais no imobilizador, quando possível.

Monitorar a circulação na parte do corpo afetada.

Monitorar em relação a sangramento o local da lesão.

Monitorar a integridade da pele sob o dispositivo de apoio.

Dar apoio aos pés, usando tábua especial, conforme apropriado.

Dar apoio a mãos paralisadas, numa posição funcional.

Encorajar exercícios isométricos, conforme apropriado.

Ensinar o paciente a observar e cuidar do imobilizador.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of nursing, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Ruda S.C. Common ankle injuries of the athlete. *Nursing Clinics of North America*. 1991;26(1):167-180.

Treínamento para Controle de IMPULSOS (4370)

Definição: Assistência ao paciente para mediar comportamento impulsivo com a aplicação de estratégias de resolução de problemas a situações sociais e interpessoais.

Atividades:

Selecionar uma estratégia de solução de problemas adequada ao nível de desenvolvimento funcional-cognitivo do paciente.

Utilizar um plano para modificar o comportamento, conforme apropriado, para reforçar a estratégia de resolução de problemas que está sendo ensinada.

Auxiliar o paciente a identificar o problema ou a situação que requer uma ação bem planejada.

Ensinar o paciente a „parar e pensar” antes de agir impulsivamente.

Auxiliar o paciente a identificar cursos de possível ação e seus custos/benefícios.

Auxiliar o paciente a escolher a ação mais eficaz.

Auxiliar o paciente a avaliar o resultado da ação escolhida.

Oferecer reforço positivo (p. ex., elogios e recompensas) para resultados bem-sucedidos.

Encorajar o paciente a se autorrecompensar por resultados bem-sucedidos.

Auxiliar o paciente a avaliar a maneira como resultados malsucedidos poderiam ter sido evitados por outras escolhas comportamentais.

Oferecer oportunidade para o paciente praticar a resolução de problemas (desempenho de papéis) dentro do ambiente terapêutico.

Oferecer modelos que demonstrem as etapas da estratégia de resolução de problemas no contexto de situações que sejam importantes para o paciente.

Encorajar o paciente a praticar a resolução de problemas em situações sociais e interpessoais fora do ambiente terapêutico, seguida de avaliação dos resultados.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Alexander D.I. Impulse control, altered. In: McFarland G.K., Thomas M.D., editors. *Psychiatric mental health nursing. Application of the nursing process*.

Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:282-285.

Limandri B.J., Boyd M.A. Personality and impulse control disorders. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:420-470.

Kendall P.C. On the efficacious use of verbal self-instructional procedures with children. *Cognitive Therapy and Research*. 1977;1:331-334.

Kendall P.C., Braswell L. Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. New York: The Guilford Press, 1985.

Kendall P.C., Finch A.J. Developing nonimpulsive behavior in children. Cognitive-behavioral strategies for self control. In: Kendall P.C., Hollon S.D., editors. *Cognitive behavioral interventions: Theory, research, & procedures*. New York: Academic Press, 1979.

Meichenbaum D., Goodman J. Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self control. *Journal of Abnormal Psychology*. 1971;77(2):115-126.

Controle de IMUNIZAÇÃO/VACINAÇÃO (6530)

Definição: Monitoramento do estado de imunização, facilitando o acesso a imunizações e provisão de imunizações para prevenir doenças transmissíveis.

Atividades:

Ensinar ao pai/mãe as imunizações recomendadas e necessárias aos filhos, a via de administração dos medicamentos, as razões e os benefícios do uso, as reações adversas e um cronograma para uma possível ocorrência de efeitos secundários (p. ex., hepatite B, difteria, tétano, coqueluche, influenza H, poliomelite, sarampo, caxumba, rubéola e varicela).

Informar aos indivíduos sobre imunizações que protegem contra doenças, mas que não são exigidas, no momento, pela lei (p. ex., influenza, hepatite pneumocócica e hepatite B).

Orientar os indivíduos/famílias sobre as vacinas disponíveis em caso de incidência especial e/ou exposição (p. ex., cólera, gripe, pestes, raiva, febre com manchas das Montanhas Rochosas, varíola, febre tifoide, tifo, febre amarela e tuberculose).

Oferecer informações sobre o fornecimento de vacinas preparadas pelo CDC.

Oferecer e atualizar, diariamente, registro de data e tipo de imunizações.

Identificar as técnicas adequadas de administração das vacinas, inclusive administração simultânea.

Identificar as recomendações mais recentes quanto ao uso de imunizações.

Respeitar os „cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Administrar injeções nos bebês na região anterolateral da coxa, conforme apropriado.

Documentar as informações sobre vacinações conforme o protocolo da instituição (p. ex., fabricante, número do lote, data de validade etc.).

Informar as famílias sobre as imunizações necessárias por lei para ingresso na pré-escola, jardim de infância, ensino fundamental, ensino médio e universidade.

Verificar os registros escolares de imunizações na busca de sua regularidade, anualmente.

Notificar indivíduos/famílias sobre a necessidade de atualizar as vacinas.

Seguir as orientações do protocolo da instituição no que se refere à administração de imunizações.

Informar aos viajantes sobre as vacinas adequadas para outros países.

Identificar as contraindicações para a administração de imunizações (reação anafilática a vacinas anteriores e doença moderada ou grave, com ou sem febre).

Reconhecer que um atraso na administração de uma série, não implica no reinício do programa.

Garantir o consentimento informado para administrar as vacinas.

Ajudar a família no planejamento financeiro para pagar as imunizações (p. ex., cobertura do plano de saúde e de clínicas da secretaria de saúde).

Identificar as entidades que participam do programa federal de imunização de criança para que ofereçam vacinas gratuitas.

Informar aos pais sobre medidas de conforto que são úteis após a administração de medicamento a uma criança.

Observar o paciente durante algum tempo após administrar o medicamento.

Agendar as imunizações a intervalos de tempo adequados.

Determinar a condição das imunizações a cada visita do setor de saúde (inclusive o setor de emergência e admissão hospitalar oferecer as imunizações necessárias).

Defender programas e políticas de imunização que ofereçam imunizações gratuitas ou a preços acessíveis a toda população.

Oferecer suporte aos registros nacionais para acompanhar a situação das imunizações.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

- Centers for Disease Control. Recommended childhood immunization schedule: United States 1997. *Mortality and Morbidity Weekly Report*. 1997;46(2):35-40.
- Centers for Disease Control. Recommended adult immunization schedule: United States 2002-2003. *Mortality and Morbidity Weekly Report*. 2002;51(40):904-908.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Asepsis. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:628-668.
- Lambert J. Every child by two. A program of the American Nurses Foundation. *American Nurse*. 1995;27(8):12.
- Lerner-Durjava L. Needle-free injections. *Nursing*. 1998;28(7):52-53.
- Scudder L. Child immunization initiative: Politics and health policy in action. *Nursing Policy Forum*. 1995;1(3):20-29.
- Scarborough M.L., Landis S.E. A pilot study for the development of a hospital-based immunization program. *Clinical Nurse Specialist*. 1997;11(2):70-75.
- West A.R., Kopp M. Making a difference: Immunizing infants and children. Washington, DC: American Nurse Foundation, 1999.

Precauções contra INCÊNDIO (6500)

Definição: Prevenção de comportamentos provocadores de incêndio.

Atividades:

Revistar o paciente em busca de materiais provocadores de incêndio (p. ex., fósforos/isqueiro) na admissão hospitalar e sempre que ele retornar ao ambiente de cuidados (p. ex., depois de permissão de saída ou atividade recreativa).

Revistar o ambiente do paciente rotineiramente para remover materiais provocadores de incêndio.

Determinar as expectativas comportamentais adequadas e consequências considerando o nível de funcionamento cognitivo do paciente e sua capacidade de autocontrole.

Informar o paciente sobre regras, expectativas de comportamento e consequências.

Comunicar o risco a outros provedores de cuidados de saúde.

Providenciar vigilância contínua no ambiente, livre de materiais que provoquem incêndio.

Providenciar supervisão atenta se o paciente tiver permissão para fumar.

Obter um contrato verbal com o paciente para que ele evite atividades provocadoras de incêndio.

Encorajar a manifestação de sentimentos de forma adequada.

Ajudar o paciente, conforme apropriado, com treinamento para controle de impulsos.

Aumentar a vigilância e a proteção (p. ex., limite da área ou isolamento) se aumentar o risco de comportamento provocador de incêndio.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Schultz J.M., Dark S.L. Manual of psychiatric nursing care plans, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1990.

Swaffer T., Haggatt M., Oxley T. Mentally disordered firesetters: A structured intervention programme. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2001;8(6):468-475.

Taylor J.L., Thorne I., Robertson A., Avery G. Evaluation of a group intervention for convicted arsonists with mild borderline intellectual disabilities. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2002;12:282-293.

Relato de INCIDENTES (7980)

Definição: Relato escrito ou verbal de qualquer evento, no processo de cuidado do paciente, que seja inconsistente com os resultados desejados para ele ou com as operações de rotina da instituição de cuidados de saúde.

Atividades:

Identificar os eventos (p. ex., quedas do paciente, reações a transfusões de sangue e mau funcionamento de equipamento) que exijam um relatório, conforme o protocolo definido pela instituição.

Solicitar ao médico que avalie o paciente, conforme apropriado.

Notificar o supervisor de enfermagem, conforme apropriado.

Documentar que o médico foi avisado no prontuário do paciente.

Preencher o(s) formulário(s) de relato de incidentes, incluindo informações reais, registro do paciente no hospital, diagnóstico médico e data da admissão.

Documentar as informações reais do evento no prontuário do paciente.

Documentar os dados coletados e as intervenções de enfermagem após o evento.

Identificar e relatar as falhas de instrumentos médicos que levaram à lesão do paciente, conforme apropriado.

Manter a confidencialidade do relatório do incidente, conforme o protocolo da instituição.

Seguir o protocolo da instituição em caso de mortes ou lesão grave decorrentes do uso de instrumentos médicos.

Discutir o evento com os profissionais envolvidos para determinar a ação corretiva necessária, caso haja alguma.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Benson-Flynn J. Incident reporting: Clarifying occurrences, incidents, and sentinel events. *Home Healthcare Nurse*. 2001;19(11):701-706.

Feutz-Harper S. Documentation principles and pitfalls. *Journal of Nursing Administration*. 1989;19(12):7-9.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Legal aspects of nursing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:46-67.

Peters G. Details are not incidental. *Geriatric Nursing*. 1991;12(2):90-93.

Cuidados com Local de INCISÃO (3440)

Definição: Higienização, monitoramento e promoção da cicatrização da ferida fechada por suturas, cliques ou grampos.

Atividades:

Explicar o procedimento ao paciente usando percepção sensorial.

Examinar o local da incisão quanto a hiperemia, edema ou sinais de deiscência ou evisceração.

Observar as características de qualquer drenagem.

Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão.

Limpar a área ao redor da incisão com solução de limpeza adequada.

Limpar da área mais limpa para a menos limpa.

Monitorar sinais e sintomas de infecção na incisão.

Usar aplicadores esterilizados e com extremidades de algodão para uma limpeza eficiente de suturas, feridas profundas e estreitas ou feridas com bolsas.

Limpar a área ao redor de drenos ou sondas de drenagem.

Manter a posição das sondas de drenagem.

Aplicar tiras de aproximação de bordas, conforme apropriado.

Aplicar unguento antisséptico, conforme prescrição.

Remover suturas, grampos ou cliques se indicado.

Trocar o curativo a intervalos apropriados.

Aplicar curativo apropriado para proteger a incisão.

Facilitar ao paciente a visão da incisão.

Orientar o paciente sobre as formas de cuidar da incisão durante o banho de banheira ou de chuveiro.

Ensinar ao paciente como minimizar a pressão sobre o local da incisão.

Ensinar ao paciente/família formas de cuidar da incisão, inclusive sinais e sintomas de infecção.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Perioperative nursing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:896-937.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Controle de INFECÇÃO (6540)

Definição: Minimizar a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos.

Atividades:

Alocar o espaço adequado a cada paciente, conforme orientações do CDC.

Limpar adequadamente o ambiente após o uso de cada paciente.

Trocar o equipamento para cuidados do paciente conforme o protocolo da instituição.

Isolar pessoas expostas a doença transmissível.

Instituir precauções de isolamento, conforme apropriado.

Manter técnicas de isolamento, conforme apropriado.

Limitar o número de visitas, conforme apropriado.

Ensinar a adequada lavagem de mãos aos profissionais de saúde.

Orientar o paciente sobre técnicas adequadas de lavagem das mãos.

Orientar as visitas a lavarem as mãos ao entrar no quarto do paciente e ao sair dele.

Usar sabão antimicrobiano para lavar as mãos, conforme apropriado.

Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente.

Instituir precauções universais.

Usar luvas, conforme exigência dos protocolos de precauções universais.

Usar roupas de proteção ou aventais ao lidar com material infeccioso.

Usar luvas esterilizadas, conforme apropriado.

Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado.

Tricotomizar e preparar a área, conforme indicado, no preparo para procedimentos invasivos e/ou cirurgia.

Manter ambiente asséptico ideal durante a inserção de linhas venosas centrais à beira do leito do paciente.

Manter ambiente asséptico durante a troca de equipamentos e frascos de NPT.

Manter sistema fechado no monitoramento hemodinâmico invasivo.

Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos, conforme as orientações atuais do CDC.

Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas.

Assegurar o emprego da técnica adequada no cuidado de feridas.

Usar cateterização intermitente para reduzir a incidência de infecção urinária.

Ensinar o paciente a obter amostras de urina por jato médio ao primeiro sinal de retorno de sintomas de infecção, conforme apropriado.

Encorajar a respiração profunda e a tosse, conforme apropriado.

Promover a ingestão nutricional adequada.

Estimular a ingestão hídrica, conforme apropriado.

Estimular o repouso.

Administrar terapia antibiótica, conforme apropriado.

Administrar agente imunizador, conforme apropriado.

Orientar o paciente a tomar antibióticos, conforme a prescrição.

Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre o momento de relatá-los ao profissional de saúde.

Ensinar ao paciente e familiares como evitar infecções.

Promover a conservação e o preparo seguro dos alimentos.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Degroot-Kosolcharoen J., Jones J.M. Permeability of latex and vinyl gloves to water and blood. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(4):196-201.

Ehrenkranz J.J., Eckert D.G., Phillips P.M. Sporadic bacteremia complicating central venous catheter use in a community hospital. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(2):69-76.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Asepsis. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:628-668.

Larsen E., Mayur K., Laughon B.A. Influence of two handwashing frequencies on reduction in colonizing flora with three handwashing products used by health care personnel. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(2):83-88.

Pottinger J., Burns S., Manske C. Bacterial carriage by artificial versus natural nails. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(6):340-344.

Pugliese G., Lampinen T. Prevention of human immunodeficiency virus infection: Our responsibilities as health care professionals. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(1):1-22.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. Mosby's clinical nursing, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Furner J., Lovvorn M. Communicable diseases and infection control practices in community health nursing. In: Stanhope M., Lancaster J., editors. *Community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1992:312-331.

Controle de INFECÇÃO: transoperatória (6545)

Definição: Prevenção de infecção hospitalar na sala de cirurgia.

Atividades:

Umedecer, retirando o pó de superfícies planas e lâmpadas, na sala cirúrgica.

Monitorar e manter a temperatura ambiente entre 20° e 24° C.

Monitorar e manter a umidade relativa do ar entre 40% e 60%.

Monitorar e manter fluxo de ar laminar.

Limitar e controlar o fluxo de pessoas.

Certificar-se da administração de antibióticos profiláticos, conforme apropriado.

Usar precauções universais.

Assegurar que os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico estejam usando as roupas adequadas.

Usar as precauções de isolamento adequadas, conforme apropriado.

Monitorar as técnicas de isolamento, conforme apropriado.

Verificar a integridade das embalagens esterilizadas.

Verificar os indicadores de esterilização.

Abrir os materiais e os instrumentos esterilizados usando técnica asséptica.

Realizar escovação e utilizar máscaras e luvas, conforme o protocolo da instituição.

Auxiliar os membros da equipe a vestir os aventais cirúrgicos e a colocar as luvas.

Auxiliar a cobrir o paciente, garantindo a proteção dos olhos e a minimização da pressão sobre partes do corpo.

Separar os materiais estéreis dos não estéreis.

Monitorar o campo estéril quanto a rupturas na esterilização e corrigi-las, conforme indicação.

Manter a integridade dos cateteres e das linhas intravasculares.

Examinar a pele/tecidos ao redor do local da cirurgia.

Aplicar toalhas de absorção para evitar o acúmulo de soluções preparatórias antimicrobianas.

Aplicar solução antimicrobiana no local da cirurgia, conforme o protocolo da instituição.

Remover as toalhas de absorção.

Obter culturas, se necessário.

Conter a contaminação, quando ocorrer.

Administrar terapia antibiótica, conforme apropriado.

Manter a sala organizada e limpa para limitar a contaminação.

Aplicar e fixar os curativos cirúrgicos.

Remover os campos do paciente e os materiais para limitar a contaminação.

Limpar e esterilizar os instrumentos, conforme apropriado.

Coordenar a limpeza e o preparo da sala cirúrgica para o próximo paciente.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Operating Room Nurses. Standards, recommended practices, and guidelines. Denver, CO: Author, 2003.

Classen D., Evans S., Pestohnic S., Horn S., Menlove R., Burke J. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical wound infection. *The New England Journal of Medicine*. 1992;326(5):281-286.

Fairchild S. Perioperative nursing: Principles and practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1993.

Kneedler J., Dodge G. Perioperative patient care: The nursing perspective, 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1994.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Asepsis. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:628-668.

Proteção contra INFECÇÃO (6550)

Definição: Prevenção e detecção precoce de infecção em paciente de risco.

Atividades:

Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.

Monitorar a vulnerabilidade a infecções.

Monitorar a contagem absoluta de granulócitos, de glóbulos brancos e os resultados diferenciais.

Obedecer às precauções para neutropenias, conforme apropriado.

Limitar a quantidade de visitas, conforme apropriado.

Examinar todas as visitas quanto à presença de doenças transmissíveis.

Manter assepsia para paciente de risco.

Manter técnicas de isolamento, conforme apropriado.

Providenciar cuidados adequados à pele em áreas edemaciadas.

Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem.

Examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas.

Obter culturas, se necessário.

Promover ingestão nutricional adequada.

Estimular a ingestão hídrica, conforme apropriado.

Estimular o repouso.

Monitorar as mudanças no nível de energia/mal-estar.

Estimular aumento de mobilidade e exercícios, conforme apropriado.

Estimular respiração profunda e tosse, conforme apropriado.

Administrar agente imunizante, conforme apropriado.

Orientar o paciente a tomar os antibióticos conforme a prescrição.

Ensinar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre o momento de informá-los ao profissional de saúde.

Orientar ao paciente e à família maneiras de evitar infecções.

Eliminar frutas frescas, verduras frescas e pimenta da dieta de pacientes com neutropenia.

Retirar flores e plantas naturais das áreas do paciente, conforme apropriado.

Providenciar quarto individual, se necessário.

Garantir a segurança da água instituindo hipercloração e hiperaquecimento, conforme apropriado.

Comunicar suspeita de infecção aos profissionais do controle de infecções.

Comunicar culturas positivas aos profissionais do controle de infecções.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Degroot-Kosolcharoen J., Jones J.M. Permeability of latex and vinyl gloves to water and blood. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(4):196-201.

Ehrenkranz J.J., Eckert D.G., Phillips P.M. Sporadic bacteremia complicating central venous catheter use in a community hospital. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(2):69-76.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Asepsis. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:628-668.

Larsen E., Mayur K., Laughon B.A. Influence of two handwashing frequencies on reduction in colonizing flora with three handwashing products used by health care personnel. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(2):83-88.

Pottinger J., Burns S., Manske C. Bacterial carriage by artificial versus natural nails. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(6):340-344.

Pugliese G., Lampinen T. Prevention of human immunodeficiency virus infection: Our responsibilities as health care professionals. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(1):1-22.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. *Mosby's clinical nursing*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Controle INTESTINAL (0430)

Definição: Estabelecimento e manutenção de um padrão regular de eliminação intestinal.

Atividades:

Anotar a data do último movimento intestinal.

Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado.

Monitorar os ruídos intestinais.

Informar aumento na frequência dos ruídos intestinais e ruídos intestinais com tom elevado.

Informar diminuição dos ruídos intestinais.

Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação.

Avaliar a ocorrência de incontinência fecal, se necessário.

Registrar problemas intestinais preexistentes, rotina intestinal e uso de laxantes.

Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal.

Orientar o paciente/familiares a registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes.

Inserir supositório retal, se necessário.

Iniciar programa de treinamento intestinal, conforme apropriado.

Encorajar a ingestão reduzida de alimentos formadores de gases, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre alimentos ricos em fibras, conforme apropriado.

Oferecer líquidos quentes após as refeições, conforme apropriado.

Avaliar o perfil medicamentoso quanto a efeitos gastrointestinais secundários.

Obter medicamento tipo guáiaico, conforme apropriado.

Evitar fazer exame retal/vaginal se a condição clínica não permitir

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Craft M.J., Denehy J.A., editors. Nursing interventions for infants and children. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:1077-1114.

Goetz L.L., Hurvitz E.A., Nelson V.S., Waring W. Bowel management in children and adolescents with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 1998;21(4):335-341.

Hardy M.A. Normal changes with aging. In: Maas M., Buckwalter K.C., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:145-146.

McLane A.M., McShane R.E. Constipation. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:147-158.

Mangan P., Thomas L. Preserving dignity. *Geriatric Nursing and Home Care*. 1988;8(9):14.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2.

Cuidados na Incontinência INTESTINAL (0410)

Definição: Promoção da continência intestinal e manutenção da integridade da pele perianal.

Atividades:

Determinar a causa física ou psicológica da incontinência fecal.

Determinar o início e o tipo de incontinência intestinal, a frequência dos episódios e todas as mudanças relacionadas à função intestinal ou consistência fecal.

Explicar a etiologia do problema e a justificativa das ações.

Determinar as metas do programa de controle intestinal com o paciente/familiares.

Discutir os procedimentos e os resultados esperados com o paciente.

Orientar o paciente/familiares para registrar a eliminação fecal, conforme apropriado.

Lavar a área perianal com sabão e água e secá-la, completamente após cada eliminação de fezes.

Usar preparado com detergente não iônico, como Peri-Wash® para higienizar, conforme apropriado.

Usar talco e cremes na área perianal com cautela.

Manter limpas a cama e as roupas.

Implementar o programa de treinamento intestinal, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de evacuação intestinal adequada.

Monitorar as exigências alimentares e de líquidos.

Evitar alimentos que causem diarreia.

Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais à administração de medicamentos.

Usar bolsa retal, conforme apropriado.

Esvaziar a bolsa retal, conforme a necessidade.

Oferecer forros/fraldas para incontinência, conforme a necessidade.

Oferecer calças de proteção, conforme a necessidade.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Bielefeldt K., Ench P., Wienbeck M. Diagnosis and treatment of fecal incontinence. *Digestive Diseases*. 1990;8(3):179-188.

Freedman P. The rectal pouch: A safer alternative to rectal tubes. *American Journal of Nursing*. 1991;91(5):105-106.

Lara L.L., Troop P.R., Beadleson-Baird M. The risk of urinary tract infection in bowel incontinent men. *Journal of Gerontological Nursing*. 1990;16(5):24-26.

Lincoln R., Roberts R. Continence issues in acute care. *Nursing Clinics of North America*. 1989;24(3):741-754.

Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions. St. Louis, MO: Mosby; 2001:249-250.

McLane A.M., McShane R.E. Bowel management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:73. 73

Rao S.S. Diagnosis and management of fecal incontinence. *American Journal of Gastroenterology*. 2004;99(8):1584-1604.

Slater W. Management of faecal incontinence of a patient with spinal cord injury. *British Journal of Nursing*. 2003;12(12):727-734.

Cuidados na Incontinência INTESTINAL: encoprese (0412)

Definição: Promoção da continência intestinal em crianças.

Atividades:

Reunir informações sobre o histórico de treinamento para uso do vaso sanitário, a duração da encoprese e as tentativas feitas para eliminar o problema.

Determinar a causa da eliminação indesejada de fezes (p. ex., constipação e impactação fecal), conforme apropriado.

Prescrever exames em busca de causas físicas (p. ex., endoscopia, procedimentos radiográficos e análise de fezes).

Preparar a criança e a família para exames diagnósticos.

Fazer exame retal, conforme apropriado.

Orientar a família sobre a fisiologia da eliminação normal de fezes e o treinamento para uso do vaso sanitário.

Recomendar mudanças alimentares ou terapia comportamental, conforme apropriado.

Fazer uma investigação psicossocial da família, incluindo respostas dos cuidadores e a autoestima da criança.

Usar ludoterapia para ajudar a criança a elaborar os sentimentos.

Investigar os padrões de comunicação da família, seus pontos fortes e capacidades de enfrentamento.

Encorajar os pais a melhorarem a proteção, removendo a ansiedade associada ao uso do vaso sanitário.

Encorajar os pais a demonstrarem amor e aceitação em casa para contra-atacar a ridicularização feita pelos colegas.

Discutir a dinâmica psicossocial da encoprese com os pais (p. ex., padrões familiares, ruptura da família, questões de autoestima e características autolimitantes).

Discutir formas de recompensar o comportamento de uso adequado do vaso sanitário.

Encaminhar para terapia de família, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Gleeson R.M. Bowel continence for the child with a neurogenic bowel. *Rehabilitation Nursing*. 1990;15(6):319-321.

Mott S.R., James S.R., Sperhac A.M. Nursing care of children and families, 2nd ed. Redwood City: Addison-Wesley, 1990.

Poulton S. Bowel incontinence care: Encopresis. In: Craft-Rosenberg M, Denehy J, editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:407-426.

Sprague-McRae J.M., Lamb W., Homer D. Encopresis: A study of treatment alternatives and historical behavioral characteristics. *Nurse Practitioner*. 1993;18(10):52-63.

Wong D.L. Whaley & Wong's essentials of pediatric nursing, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Lavagem INTESTINAL (0420)

Definição: Instilação de uma substância no interior do trato gastrointestinal inferior.

Atividades:

Determinar a razão da lavagem gastrointestinal.

Evitar o uso se o paciente tiver histórico de colite ulcerativa ou enterite regional.

Verificar a prescrição médica em relação à lavagem gastrointestinal.

Escolher um tipo adequado de enema.

Explicar o procedimento ao paciente.

Oferecer privacidade.

Informar o paciente da possível existência de cãibra abdominal e urgência para defecar.

Reunir o equipamento.

Posicionar o paciente conforme apropriado.

Proteger a roupa de cama.

Oferecer comadre ou cadeira higiênica, conforme apropriado.

Determinar a temperatura adequada da substância irrigadora.

Lubrificar a sonda antes da introdução no reto, conforme apropriado.

Inserir a substância no reto, conforme apropriado.

Determinar a quantidade de retorno da substância introduzida no orifício retal.

Monitorar a ocorrência de efeitos colaterais da solução irrigadora ou da medicação oral.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impaction.

Observar se o retorno decorrente do enema ou laxante está claro ou não.

Higienizar a área anal.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:1098-1101.

Innes B.S. Meeting bowel elimination needs. In: Sorenson K.C., Luckmann J, editors. *Basic nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1986:827-851.

Treinamento INTESTINAL (0440)

Definição: Assistência a paciente para treinar o intestino a evacuar a intervalos específicos.

Atividades:

Planejar um programa intestinal com o paciente e as pessoas apropriadas.

Consultar o médico e o paciente a respeito do uso de supositórios.

Ensinar ao paciente/familiares os princípios do treinamento intestinal.

Orientar o paciente sobre os alimentos ricos em resíduos.

Oferecer alimentos ricos em resíduos e/ou que tenham sido identificados como auxiliares pelo paciente.

Garantir a ingestão adequada de líquidos.

Garantir exercícios adequados.

Iniciar o treinamento em horário compatível e sem interrupções para defecar.

Garantir privacidade.

Administrar supositório, conforme apropriado.

Fazer dilatação retal digital, se necessário.

Ensinar ao paciente a dilatação retal digital, conforme apropriado.

Avaliar com regularidade a condição intestinal.

Modificar o programa intestinal se necessário.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Innes B.S. Meeting bowel elimination needs. In: Sorenson K.C., Luckmann J, editors. *Basic nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1986:827-851.

Maas M., Specht J. Bowel incontinence. In: Maas M, Buckwalter K.C., Hardy M, editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:169-180.

Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:248-249.

McLane A.M., McShane R.E. Bowel management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:73-85.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2.

Apoio a IRMÃOS (7280)

Definição: Assistência a um irmão para enfrentar doença/condição crônica/deficiência de irmão ou irmã.

Atividades:

Investigar o que o irmão conhece sobre o outro irmão ou a irmã.

Avaliar o estresse no irmão em relação à condição do irmão ou irmã afetada.

Avaliar como o irmão enfrenta a doença/deficiência do irmão/irmã.

Facilitar a conscientização dos sentimentos dos irmãos pela família.

Dar informações sobre reações comuns de irmãos e o que outros membros da família podem fazer para ajudar.

Desempenhar o papel de defensor dos irmãos (p. ex., em situações de risco de morte, quando há muita ansiedade, ou quando outros membros da família não conseguem desempenhar tal papel).

Admitir que cada irmão reage de modo diferente.

Encorajar os pais ou outros membros da família a darem informações honestas ao irmão.

Encorajar os pais a combinarem os cuidados de irmãos menores na própria casa, se possível.

Ajudar o irmão a manter e/ou mudar as rotinas e as atividades da vida diária, se necessário.

Promover a comunicação entre os irmãos saudáveis e aquele afetado.

Valorizar cada filho, individualmente, evitando comparações.

Ajudar os filhos a ver diferenças/semelhanças entre eles e o irmão com necessidades especiais.

Encorajar o irmão a visitar aquele afetado.

Explicar ao irmão que está visitando o que está sendo feito para cuidar do irmão afetado.

Encorajar o irmão saudável a participar dos cuidados do irmão afetado, conforme apropriado.

Ensinar ao irmão que está bem formas de interagir com o irmão afetado.

Permitir que os irmãos resolvam as próprias dificuldades.

Reconhecer e respeitar o irmão que pode não estar pronto, emocionalmente, para visitar o irmão doente.

Respeitar a relutância do irmão saudável em estar com a criança com necessidades especiais nas atividades ou em incluí-la nas atividades.

Encorajar a manutenção dos padrões de interação parentais ou familiares.

Ajudar os pais a serem justos em termos de disciplina, recursos e atenção.

Ajudar o irmão a esclarecer e investigar as preocupações.

Usar desenhos, bonecos e encenação para entender como o irmão mais moço encara os eventos.

Esclarecer preocupações dos irmãos em relação a contrair a doença do outro, e elaborar estratégias de enfrentamento dessa preocupação.

Ensinar a patologia da doença ao irmão, conforme o estágio de desenvolvimento e o estilo de aprendizagem.

Usar substitutos concretos ao irmão que não consegue visitar o irmão doente (p. ex., fotos e vídeos).

Explicar a irmãos mais jovens que eles não causaram a doença do irmão.

Ensinar aos irmãos estratégias de atendimento às próprias necessidades emocionais e de desenvolvimento.

Elogiar os irmãos pela paciência, sacrifícios e ajuda especial.

Admitir os pontos positivos dos irmãos e suas capacidades de enfrentar o estresse com sucesso.

Proporcionar encaminhamentos para grupos de amigos para os irmãos, conforme apropriado.

Providenciar encaminhamentos a recursos da comunidade ao irmão, se necessário.

Comunicar a situação ao enfermeiro escolar para promoção de suporte para os irmãos menores, conforme os desejos dos pais.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Craft M.J., Craft J. Perceived changes in siblings of hospitalized children: A comparison of parent and sibling report. *Children's Health Care*. 1989;18(1):42-49.

Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

Craft M.J., Willadsen J.A. Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):517-540. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Pillitteri A. Nursing care of the family coping with a child's long-term or terminal illness. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:1764-1783.

Ross-Alaolmolki K. Coping with family loss: The death of a sibling. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:213-277.

L

Interpretação de Dados LABORATORIAIS (7690)

Definição: Análise crítica de dados laboratoriais pertinentes para auxiliar a tomada de decisão clínica.

Atividades:

Familiarizar-se com as abreviaturas adotados por determinadas instituições.

Usar os parâmetros de referência do laboratório que está realizando determinado(s) exame(s).

Identificar os fatores fisiológicos capazes de afetar os valores laboratoriais, inclusive sexo, idade, gestação, dieta (em especial, a hidratação), hora do dia, nível de atividade e estresse.

Reconhecer o efeito dos medicamentos sobre os valores laboratoriais, tanto os prescritos como aqueles adquiridos sem prescrição médica.

Registrar o horário e o local de coleta da amostra, se aplicável.

Usar níveis de pico dos medicamentos em testes de toxicidade.

Reconhecer que níveis reduzidos de medicamentos são úteis para demonstrar nível terapêutico satisfatório.

Considerar as influências da farmacocinética (p. ex., meia-vida, pico, aglutinação de proteína e excreção) ao avaliar os níveis tóxicos e terapêuticos dos medicamentos.

Considerar que anormalidades nos exames apresentam maior possibilidade de serem significativas em testes múltiplos do que em testes simples.

Comparar os resultados dos exames com outros exames laboratoriais e/ou diagnósticos relacionados.

Comparar os resultados com valores anteriores obtidos quando o paciente não estava doente (se houver), para determinar valores básicos/iniciais.

Monitorar resultados de testes sequenciais em busca de tendências ou mudanças extremas.

Consultar a bibliografia/textos adequados em busca de implicação clínica de testes pouco familiares.

Reconhecer que resultados incorretos de exames costumam ser consequência de erros de transcrição.

Fazer a confirmação de resultados de testes muito alterados verificando atentamente a identificação da amostra e do paciente, condição da amostra e entrega rápida da amostra ao laboratório.

Relatar resultados de exames laboratoriais ao paciente, conforme apropriado.

Enviar amostras fracionadas ao laboratório para confirmação de resultados, se apropriado.

Relatar imediatamente ao médico mudanças repentinas em valores laboratoriais.

Relatar imediatamente ao médico valores críticos (conforme determinação da instituição).

Analisar se os resultados obtidos são coerentes com o comportamento e a situação clínica do paciente.

Leituras Sugeridas:

- Call-Schmidt T. Interpreting lab results: A primer. *MEDSURG Nursing*. 2001;10(4):179-184.
- Corbett J.V. Laboratory tests and diagnostic procedures with nursing diagnoses, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2000.
- Kee J.F. Handbook of laboratory and diagnostic tests with nursing implications, 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2001.
- Pagana K.D., Pagana T.J. Mosby's diagnostic and laboratory test reference, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001.
- Perry A.C., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:1148-1149.
- Fitler M.G. Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):495-516. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Testes LABORATORIAIS à Beira do Leito (7610)

Definição: Realização de testes laboratoriais à beira do leito ou no local de cuidado.

Atividades:

- Obter treinamento/orientação adequadas antes de fazer o teste.
- Participar de teste para daltonismo, se necessário para determinado teste e se exigido pela instituição.
- Participar de programas de proficiência em testes, conforme exigência da instituição.
- Obedecer aos procedimentos institucionais para coleta e conservação de amostras, conforme apropriado.
- Etiquetar as amostras imediatamente para minimizar trocas, conforme apropriado.
- Obter a amostra adequada para o teste realizado à beira do leito.
- Realizar teste à beira do leito em amostras coletadas no momento certo.
- Obter precauções universais ao lidar com amostras para teste.
- Armazenar os reagentes de acordo com as exigências do fabricante ou com o que está no manual de procedimentos da instituição.
- Verificar a data de validade de todos os preparados com reagentes, inclusive tiras e conteúdos de testes em kits comerciais para evitar uso de reagentes com prazo de validade vencido.
- Seguir as diretrizes do fabricante e os procedimentos da instituição ao calibrar instrumentos.
- Documentar a calibragem dos instrumentos, conforme exigido.
- Fazer verificações de controle de qualidade, conforme recomendação do fabricante ou de acordo com estabelecido nos procedimentos da instituição.
- Documentar as verificações de controle de qualidade, conforme exigido.
- Fazer testes conforme as instruções do fabricante, ou de acordo com o estabelecido nos procedimentos da instituição.
- Garantir o momento preciso em caso de teste que exija horários determinados.
- Documentar os resultados dos testes, conforme procedimento da instituição.

Informar resultados anormais ou críticos aos médicos, conforme apropriado.

Fazer a limpeza e manutenção dos instrumentos, conforme orientações do fabricante, ou de acordo com o estabelecido nos procedimentos da instituição.

Documentar a limpeza e a manutenção, conforme exigido.

Informar os resultados do teste ao paciente, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

College of American Pathologists, Commission on Laboratory Accreditation. Inspection checklist: Ancillary testing. Northfield, IL: Author, 1993.

Corbett J.V. Laboratory tests & diagnostic procedures with nursing diagnoses, 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.

Fischbach F., Dunning M.B. Nurses' quick reference to common laboratory and diagnostic tests, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Kee J.L. Laboratory and diagnostic tests with nursing implications, 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1991.

Perry A.C., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Aconselhamento para LACTAÇÃO (5244)

Definição: Uso de um processo interativo de ajuda para auxiliar na manutenção de um aleitamento materno bem-sucedido.

Atividades:

Determinar a base de conhecimentos sobre aleitamento materno.

Educar os pais sobre alimentação do bebê para uma tomada de decisão informada.

Informar sobre as vantagens e as desvantagens do aleitamento materno.

Corrigir conceitos errados, informações incorretas e imprecisões sobre a amamentação.

Determinar o desejo e a motivação maternos para amamentar.

Oferecer apoio às decisões maternas.

Dar aos pais materiais educativos recomendados, quando necessário.

Encaminhar os pais para aulas ou grupos de apoio ao aleitamento materno apropriados.

Avaliar a compreensão que a mãe tem dos indicadores de fome do bebê (p. ex., reflexo proprioceptor, de sucção, estado de alerta).

Determinar a frequência das mamadas em relação às necessidades do bebê.

Monitorar a habilidade materna em prender o bebê ao mamilo.

Avaliar o padrão de sucção/deglutição do recém-nascido.

Demonstrar o treinamento da sucção, conforme apropriado.

Orientar sobre técnicas de relaxamento, inclusive massagem das mamas.

Encorajar formas de aumentar o repouso, inclusive delegando as tarefas domésticas e formas de pedir ajuda.

Orientar sobre manutenção de registro da duração e frequência das mamadas.

Orientar sobre os padrões urinários e fecais do bebê, conforme apropriado.

Orientar a mãe sobre estirões de crescimento do bebê, de modo a identificar padrões normais de aleitamento.

Avaliar a adequação do esvaziamento do seio com a amamentação do bebê.

Avaliar a qualidade e o uso de recursos auxiliares ao aleitamento.

Encorajar a mãe a oferecer os dois seios a cada amamentação.

Determinar a adequação do uso da bomba de sucção para mamar.

Oferecer informações sobre fórmulas alimentares para o uso durante problemas temporários de escassez de leite.

Demonstrar a massagem das mamas e discutir sobre vantagens em aumentar o suprimento do leite.

Orientar os pais sobre formas de diferenciar suprimento insuficiente de leite percebido e real.

Encorajar o uso da bomba de sucção entre as amamentações diante de suspeita de redução no suprimento de leite.

Monitorar a integridade da pele dos mamilos.

Recomendar os cuidados dos mamilos quando necessário.

Monitorar a capacidade de aliviar corretamente a congestão mamária.

Avaliar a compreensão das mães sobre ductos lácteos obstruídos e mastite.

Orientar as mães sobre a importância de monitoramento dos níveis de hemoglobina/hematócitos e da função da tireoide durante o aleitamento.

Orientar sobre sinais de problemas a serem relatados ao profissional da saúde.

Demonstrar os recursos disponíveis para auxiliar o aleitamento materno após cirurgia de mama, como bomba de sucção, bolsas de aquecimento e enfermagem suplementar.

Orientar sobre como retornar à amamentação, conforme apropriado.

Encorajar a lactação contínua após o retorno ao trabalho ou escola.

Discutir os sinais de prontidão para o desmame.

Discutir sobre as opções de desmame.

Discutir sobre os métodos alimentares alternativos.

Orientar a mãe a consultar o profissional de saúde antes de tomar medicamentos enquanto amamenta, sejam eles prescritos ou não.

Encorajar a mãe a evitar contraceptivos orais enquanto amamenta.

Discutir sobre métodos contraceptivos alternativos.

Encorajar a mãe não fumar enquanto amamenta.

Encorajar os empregadores a oferecer oportunidades e instalações privativas para que as mães que amamentam

bombeiem as mamas e armazenem o leite durante o horário de trabalho.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Department of Health and Human Services. Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington: Author, 1990.

(DHHS Publication No. PHS 90-50213)

Denehy J.A. Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):425-443. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),

Symposium on nursing interventions

Hill P.D. Lactation counseling. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage;

2001:61-76.

Isabella P., Isabella R. Correlates of successful breastfeeding: A study on social and personal factors. *Journal of Human Lactation*. 1994;10(4):257-264.

Littleton L.Y., Engbertson J.C. Maternal, neonatal, & women's health nursing. Albany, NY: Delmar, 2002;985-997.

Pillitteri A. Nutritional needs of a newborn. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins; 2007:722-746.

Riordan J., Auerbach L. Breastfeeding and human lactation. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1993.

Supressão da LACTAÇÃO (6870)

Definição: Facilitação da cessação da produção de leite e minimização do engurgitamento das mamas após dar à luz.

Atividades:

Administrar medicamentos que suprimam a lactação, se apropriado.

Monitorar a pressão sanguínea durante a terapia farmacológica para suprimir a lactação.

Monitorar engurgitamento e desconforto das mamas.

Aplicar compressas geladas à área das axilas junto às mamas durante 20 minutos, quatro vezes/dia e em casa, quando necessário.

Informar à paciente que o engurgitamento pode ocorrer após a alta.

Administrar analgésicos, conforme necessário.

Encorajar a paciente a sempre usar um sutiã que ofereça apoio até a supressão da lactação.

Aplicar atadura mamária, conforme apropriado.

Orientar a paciente a evitar a estimulação das mamas.

Informar a paciente sobre o retorno precoce da ovulação.

Orientar a paciente sobre medidas contraceptivas adequadas.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Hill P.D. Lactation counseling. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage;

2001:61-76.

Olds S.B., London M.L., Ladewig P.A. Maternal-newborn nursing: A family-centered approach, 4th ed. Redwood City, CA: Addison-Wesley, 1992.

Assistência para Manutenção do LAR (7180)

Definição: Auxílio a paciente/família para manutenção da casa como um local limpo, seguro e agradável para se viver.

Atividades:

Determinar as exigências do paciente quanto à manutenção da casa.

Envolver o paciente/familiares nas decisões sobre a manutenção da casa.

Sugerir alterações estruturais necessárias para tornar a casa acessível.

Informar sobre formas de tornar seguro e limpo o ambiente doméstico.

Auxiliar os familiares a terem expectativas realistas acerca de si mesmos no desempenho de seus papéis.

Aconselhar sobre como reduzir odores desagradáveis.

Sugerir serviços de dedetização, se necessário.

Facilitar a limpeza de roupas sujas.

Sugerir serviço de reparos domésticos, se necessário.

Conversar sobre o custo da manutenção necessária e os recursos disponíveis.

Oferecer soluções para dificuldades financeiras.

Solicitar os serviços domésticos de um profissional, conforme apropriado.

Auxiliar a família a usar a rede de apoio social.

Informar sobre o repouso do cuidador, quando adequado.

Coordenar o uso de recursos comunitários.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Precauções no Uso do LASER (6560)

Definição: Limitação do risco de lesão no paciente relacionada ao laser.

Atividades:

Providenciar *laser*, fibra(s), filtros, lentes e utensílios, conforme apropriado.

Providenciar proteção adequada aos olhos.

Verificar se os instrumentos e os suprimentos estão protegidos contra o *laser*.

Confirmar se os unguentos e as soluções não são inflamáveis.

Providenciar compressa retal, conforme apropriado.

Cobrir as janelas, conforme apropriado.

Montar e conectar o mecanismo para retirada de vapor, conforme apropriado.

Providenciar máscaras de alta filtragem, conforme apropriado.

Colocar aviso(s) do uso de *laser* nas entradas da sala.

Verificar os suprimentos/equipamento para conter incêndio.

Ajustar o *laser*, conforme o protocolo da instituição.

Examinar os cabos/fios elétricos.

Examinar as fibras do *laser* quanto a fissuras.

Ativar o sistema de controle de entrada na área, conforme apropriado.

Testar o disparo do *laser*.

Orientar o paciente sobre a importância de não se movimentar durante o uso do *laser*, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre a importância da máscara para os olhos, conforme apropriado.

Imobilizar a parte do corpo do paciente, conforme apropriado.

Proteger os tecidos ao redor do local da aplicação do *laser*, com toalhas ou esponjas úmidas.

Remover outros pedais da área.

Ajustar os controles do *laser*, conforme a orientação do médico ou o protocolo da instituição.

Monitorar o paciente quanto a possível lesão.

Monitorar o ambiente quanto a possível incêndio.

Monitorar o ambiente quanto a substância inflamável ou falhas nas precauções.

Recolocar a chave do controle do *laser* no local de origem.

Esterilizar as lentes do *laser*, conforme apropriado.

Registrar as informações conforme o protocolo.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Ball K. Lasers: The perioperative challenge, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1995.

Fairchild S. Perioperative nursing: Principles and practice, 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1993.

Kneedler J., Dodge G. Perioperative patient care: The nursing perspective. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1994.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Intraoperative nursing management. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:417-435.

Precauções no Uso de Artigos de LÁTEX (6570)

Definição: Redução do risco de uma reação sistêmica ao látex.

Atividades:

Questionar o paciente ou pessoa adequada sobre histórico de defeito em tubo neural (p. ex., espinha bífida), ou condição urológica congênita (p. ex., extrofia da bexiga).

Questionar o paciente ou pessoa adequada sobre histórico de reações sistêmicas ao látex natural da borracha (p. ex., edema facial ou da esclera, lacrimejamento, urticária, rinite e espirros).

Questionar o paciente ou pessoa adequada sobre alergias a alimentos, como banana, kiwi, abacate, manga e castanha.

Encaminhar o paciente a alergista para que seja submetido ao teste alérgico, conforme apropriado.

Registrar a alergia ou o risco de alergia no prontuário médico do paciente.

Colocar pulseira de identificação de alergia no paciente.

Colocar avisos indicando alergia ao látex.

Examinar o ambiente e retirar produtos com látex.

Monitorar o ambiente quanto à ausência de látex.

Monitorar o paciente quanto a sinais e sintomas de uma reação sistêmica.

Relatar as informações ao médico, ao farmacêutico e outros profissionais de saúde, quando indicado.

Administrar medicamentos, conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família sobre os fatores de risco de surgimento de alergia ao látex.

Orientar o paciente e a família sobre sinais e sintomas de uma reação.

Orientar o paciente e a família sobre a presença de látex em produtos domésticos e sua substituição por outros que não o contenham, conforme apropriado.

Orientar o paciente a usar pulseira de alerta médico.

Orientar o paciente e a família sobre tratamento de emergência (p. ex., epinefrina), conforme apropriado.

Orientar as visitas sobre o ambiente sem látex (p. ex., balões de borracha).

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Floyd P.T. Latex allergy update. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2000;15(1):26-30.

Kelly K.J., Walsh-Kelly C.M. Latex allergy: A patient and healthcare system emergency. *Annals of Emergency Medicine*. 1998;32(6):723-729.

Kim K.T., Graves P.B., Safadi G.S., Alhadeff G., Metcalfe J. Implementation recommendations for making health care facilities latex safe. *AORN*. 1998;67(3):615-632.

Miller K.K., Weed P. The latex allergy trigger admission tool: An algorithm to identify which patient would benefit from latex safe precautions. *Journal of Emergency Nursing*. 1998;24(2):145-152.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Assessment and management of patients with allergic disorders. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1580-1604.

Farlo S.M. Latex allergy: A problem for both healthcare professionals and patients. *Ostomy/Wound Management*. 1998;44(8):80-88.

Cuidados com as LENTES DE CONTATO (1620)

Definição: Prevenção de lesão ocular e danos a lentes pelo uso correto de lentes de contato.

Atividades:

Lavar minuciosamente as mãos antes de tocar nas lentes.

Limpar as lentes com a solução estéril recomendada.

Usar as soluções recomendadas para umedecer as lentes.

Guardar as lentes em estojo limpo.

Retirar as lentes ao deitar, ou a intervalos adequados, caso o paciente não consiga fazer isso sozinho.

Orientar o paciente sobre como examinar as lentes quanto a danos.

Orientar o paciente sobre formas de evitar maquiagem que irrite os olhos.

Evitar o uso de substâncias químicas (p. ex., sabonetes, loções, cremes e vaporizadores) próximo às lentes, porque podem danificá-las.

Encaminhar para oftalmologista, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Evans-Smith P. Taylor's clinical nursing skills. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Cuidados com LESÕES (3660)

Definição: Prevenção de complicações em feridas e promoção da cicatrização.

Atividades:

Remover curativo e fita adesiva.

Tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário.

Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor.

Medir o leito da lesão, conforme apropriado.

Remover o material inserido na lesão (p. ex., lasca de madeira, ferrão, fragmento de pedra, metal), se necessário.

Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado.

Colocar a área afetada em imersão, conforme apropriado.

Oferecer cuidados ao local da incisão, se necessário.

Administrar cuidados na úlcera de pele, se necessário.

Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado.

Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão.

Reforçar o curativo, se necessário.

Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.

Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem.

Examinar a lesão a cada troca de curativo.

Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão.

Posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão, conforme apropriado.

Reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado.

Encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado.

Encaminhar o paciente ao médico especialista em feridas, conforme apropriado.

Encaminhar o paciente a nutricionista, conforme apropriado.

Aplicar unidade de TENS (estimulação nervosa elétrica transcutânea) para intensificar a cicatrização da lesão, conforme apropriado.

Colocar dispositivos para alívio da pressão (*i.e.*, colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel; almofadas nos calcanhares e cotovelos, almofada em cadeira), conforme apropriado.

Auxiliar o paciente e a família a obter os suprimentos necessários.

Orientar o paciente e a família sobre armazenagem e descarte de curativos e materiais.

Orientar o paciente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão.

Orientar o paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção.

Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Bryant R.A. Acute and chronic wounds: Nursing management. St. Louis, MO: Mosby, 2000.

Dwyer F.M., Keeler D. Protocols for wound management. *Nursing Management*. 1997;28(7):45-49.

Hall P., Schumann L. Wound care: Meeting the challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2001;13(6):258-266.

Cuidados com LESÕES: drenagem fechada (3662)

Definição: Manutenção de um sistema de drenagem por pressão no local da lesão.

Atividades:

Esvaziar o sistema de drenagem fechada de lesões, conforme o procedimento.

Registrar o volume e as características da drenagem a intervalos adequados.

Obter amostras, se necessário.

Limpar o local de coleta, se necessário.

Verificar a desobstrução do sistema.

Evitar dobras na sonda.

Examinar as suturas que mantêm fixado o sistema de coleta de drenagem.

Enumerar os dispositivos de coleta, se houver mais de um.

Prender o sistema de drenagem fechada às roupas do paciente ou na cama, conforme apropriado.

Descartar curativos, materiais sujos e drenagem de forma adequada.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Skin integrity and wound care. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:855-895.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with dermatologic problems. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1654-1702.

Cuidados com LESÕES: queimaduras (3661)

Definição: Prevenção de complicações em lesões devido a queimaduras e facilitação de sua cicatrização.

Atividades:

Resfriar a lesão com água morna (20° C) ou soro fisiológico, se possível.

Lavar, continuamente, lesões por substâncias químicas durante 30 minutos ou mais, para garantir a eliminação de todo o agente queimador.

Determinar a área de entrada e saída das queimaduras elétricas para avaliar os órgãos que possam estar envolvidos.

Obter eletrocardiograma (ECG) caso o paciente apresente queimaduras elétricas.

Aumentar a temperatura do paciente caso ele apresente queimaduras pelo frio.

Manter aberta a via aérea para garantir a ventilação.

Monitorar o nível de consciência em pacientes com grandes queimaduras.

Avaliar a boca e as fossas nasais do paciente para identificar possíveis lesões por inalação.

Avaliar a lesão examinando sua profundidade, extensão, localização, dor, agente causador, exsudação, granulação ou tecido necrosado, epiteliação e sinais de infecção.

Administrar antitetânica, conforme apropriado.

Utilizar medidas de isolamento físico para prevenir infecção (p. ex., máscara, avental, luvas esterilizadas, touca e cobertura para os pés).

Informar o paciente sobre o procedimento a ser seguido para fazer o curativo da lesão.

Oferecer medidas de conforto antes da troca do curativo.

Utilizar campo estéril e manter assepsia máxima durante todo o processo.

Retirar a atadura externa/curativo cortando-o e imergindo-o em soro fisiológico ou água estéril.

Realizar o desbridamento da lesão, conforme apropriado.

Aplicar agentes tópicos da lesão, se necessário.

Colocar curativo oclusivo sem fazer compressão.

Posicionar o paciente de modo a conservar a funcionalidade dos membros e das articulações para evitar retração.

Oferecer o controle adequado da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Providenciar cuidados à pele do doador e locais do enxerto.

Assegurar a ingestão adequada de nutrientes e líquidos.

Administrar gamaglobulina para evitar troca de líquidos, se necessário.

Auxiliar o paciente a determinar a real extensão das mudanças físicas e funcionais.

Oferecer opções de correção estética ao paciente.

Recomendar métodos de proteção da parte afetada.

Auxiliar o paciente a aceitar as mudanças físicas e a adaptá-las ao estilo de vida (p. ex., relação sexual, familiar, profissional e social).

Proporcionar apoio para a aceitação e apoio emocional durante todo o atendimento.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Badger J.M. Burns: the psychological aspects. *American Journal of Nursing*. 2001;101(11):38-42.

DeSanti L. Pathophysiology and current management of burn injury. *Advances in Skin and Wound Care*. 2005;18(6):323-324.

Flynn M.B. Nutritional support for the burn-injured patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2004;16(1):139-144.

Kavanagh S., de Jong A. Care of burn patients in the hospital. *Burns*. 2004;30(Suppl 8):A2-A6.

Pérez M., Lara J., Ibáñez J., Cagigal L., León C.M. Guía de Actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería.

Irrigação de LESÕES (3680)

Definição: Irrigar a lesão aberta para garantir a higienização e remoção de resíduos e drenagem excessiva.

Atividades:

Identificar alergias existentes, especialmente a produtos semelhantes ao iodo.

Explicar o procedimento ao paciente, preparando seus sentidos.

Medicar o paciente antes da irrigação, se necessário, para controle da dor.

Proteger as roupas do paciente contra sujeiras causadas pela solução de irrigação ou a drenagem da lesão.

Monitorar a quantidade e o tipo de drenagem presente a cada troca de curativo.

Posicionar o paciente de modo que a solução irrigadora possa ser coletada em uma bacia, dependendo do local da lesão.

Manter um campo estéril durante o procedimento de irrigação, conforme apropriado.

Irrigar a lesão com a solução apropriada, usando uma seringa para irrigação.

Evitar aspirar a solução de volta para a seringa.

Acoplar um cateter à seringa para irrigar pequenos orifícios.

Evitar fazer pressão com o cateter em lesão abdominal para evitar a perfuração do intestino.

Instilar a solução irrigadora lentamente, atingindo todas as áreas.

Limpar a lesão da área mais limpa para a mais suja.

Continuar a irrigar a lesão até que o volume prescrito seja usado, ou até o retorno transparente da solução.

Posicionar o paciente após a irrigação de modo a facilitar a drenagem.

Limpar e secar a área ao redor da lesão após o procedimento.

Proteger o tecido adjacente contra rupturas da pele.

Envolver a lesão com o tipo adequado de curativo estéril.

Aplicar curativo esterilizado, conforme apropriado.

Monitorar a evolução do tecido de granulação.

Informar quaisquer sinais de infecção e/ou necrose ao médico.

Descartar curativo e materiais sujos de forma adequada.

Primeira edição 1992.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Skin integrity and wound care. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:855-895.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Prevenção de LESÕES Desportivas: jovens (6648)

Definição: Redução do risco de lesão relacionada ao esporte em atletas jovens.

Atividades:

Encorajar a aptidão física geral como pré-requisito à participação nos esportes.

Encorajar mudanças das regras do jogo, conforme a idade e a capacidade dos participantes.

Informar os pais sobre as diferenças entre esportes recreativos e competitivos organizados.

Ajudar o atleta a encontrar um esporte que combine bem com os interesses e as habilidades e que promova o desenvolvimento de comportamentos de aptidão por toda a vida.

Ajudar os pais e os atletas a fixar metas realistas de participação.

Oferecer recursos aos pais, aos atletas e aos treinadores relativos a aspectos psicossociais do envolvimento em esportes.

Encorajar a combinação correta dos competidores por idade, peso e estágio de maturidade física.

Monitorar a adesão às diretrizes de treinamento combinadas e à biomecânica correta.

Monitorar a obediência a regras de segurança.

Monitorar o campo do jogo quanto a condições seguras de prática.

Monitorar o uso correto e as condições do equipamento de segurança.

Estimular a supervisão adequada do treinamento, da recreação e dos eventos competitivos.

Monitorar a parte física do esporte para garantir que seja feita antes da participação.

Encorajar o uso de atividades de aquecimento e resfriamento para evitar lesões.

Usar treinadores de atletas certificados em jogos de competição no nível escolar fundamental e médio.

Garantir cobertura médica em eventos esportivos de competição, conforme apropriado.

Elaborar plano de emergência para casos de lesão grave.

Coordenar seminários pré-estação para atletas, famílias e treinadores, aumentando a conscientização da prevenção de lesões.

Cooperar com outros profissionais no planejamento de programas relativos à prevenção de lesões.

Informar os pais e os atletas das etapas que podem implementar para evitar lesões.

Informar os pais e os atletas dos sinais e sintomas de lesões por excesso de uso, desidratação, exaustão pelo calor, uso de drogas para melhorar o desempenho, transtornos alimentares, disfunção menstrual e estresse.

Coletar dados sobre tipo, frequência, tratamento da lesão e encaminhamentos.

Monitorar a saúde dos atletas em longo prazo.

Monitorar a volta de atletas lesionados à participação para evitar repetição de lesões.

Oferecer apoio emocional a atletas que tiveram lesões.

Agendar que os treinadores façam treinamento de reanimação cardiopulmonar e primeiros socorros, anualmente.

Comunicar aos treinadores a importância da ênfase na „diversão” nos esportes.

Garantir que os treinadores sejam bem informados sobre o desenvolvimento normal na infância e as necessidades físicas, emocionais e sociais das crianças.

Dar informações sobre preocupações especiais de cuidados de saúde de cada atleta, conforme apropriado.

Criar grupos de supervisão para garantir educação na escola e treinadores voluntários.

Informar os pais sobre as qualificações e o comportamento a ser esperado dos treinadores.

Encorajar os pais a se envolverem nos programas esportivos dos filhos.

Monitorar os atletas quanto a estresse relacionado ao esporte e encaminhar atletas com preocupações emocionais/psicossociais.

Ensinar técnicas de relaxamento e estratégias de enfrentamento a atletas, treinadores e pais.

Defender a saúde dos atletas jovens.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

American College of Sports Medicine. The prevention of sport injuries of children and adolescents. *Journal of American Academy of Physician's Assistants*. 1994;7(6):437-442.

Dymont P. Sports medicine: Health care for young athletes. Elk Grove Village, IL: The American Academy of Pediatrics, 1991.

Hutchinson M.R. Cheerleading injuries, patterns, prevention, case reports. *The Physician and Sports Medicine*. 1997;15(9):83-86. 89-91, 96

Overbaugh K., Allen J. The adolescent athlete. Part I: Pre-season preparation and examination. *Journal of Pediatric Health Care*. 1994;8(4):146-151.

Overbaugh K., Allen J. The adolescent athlete. Part II: Injury patterns and prevention. *Journal of Pediatric Health Care*. 1994;8(5):203-211.

Petlichkoff L.M. Youth sport participation and withdrawal: Is it simply a matter of FUN? *Pediatric Exercise Science*. 1992;4:105-110.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with musculoskeletal trauma. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:2075-2111.

Facilitação da LICENÇA (7440)

Definição: Providências para a saída temporária de um paciente de uma instituição de cuidados de saúde.

Atividades:

Obter prescrição médica para a licença, conforme apropriado.

Estabelecer os objetivos para a licença.

Informar sobre restrições e duração do tempo da licença.

Oferecer as informações necessárias para uso emergencial durante a licença.

Determinar a pessoa responsável pelo paciente, conforme apropriado.

Discutir a licença com a pessoa responsável descrevendo os cuidados de enfermagem/autocuidado, se necessário.

Preparar a medicação a ser levada durante a saída e orientar o responsável.

Providenciar dispositivos/equipamento auxiliar, conforme apropriado.

Oferecer sugestões sobre atividades apropriadas durante a saída, se necessário.

Auxiliar a embalar os pertences pessoais para a saída, se necessário.

Providenciar tempo ao paciente, familiares e amigos para que façam perguntas e manifestem preocupações.

Obter a assinatura do paciente ou responsável no formulário para licença.

Orientar a pessoa adequada a respeito dos medicamentos, alimentos e ingestão de álcool, enquanto o paciente estiver ausente.

Avaliar se os objetivos da licença foram atingidos no retorno do paciente.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

March C.S. The complete care plan manual for long-term care. Chicago: American Hospital Publishing, 1992.

Nurse's Reference Library. Patient teaching: Learning needs, discharge preparation, tips and checklists. Springhouse, PA: Springhouse, 1987.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-423. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Estabelecimento de LIMITES (4380)

Definição: Estabelecimento de parâmetros de comportamento desejáveis e aceitáveis para o paciente.

Atividades:

Utilizar abordagem coerente, objetiva e sem julgamentos.

Estabelecer limites ou identificar (com participação do paciente, quando apropriado) comportamentos do paciente que sejam indesejáveis.

Comunicar o limite em termos positivos (p. ex., „permaneça com suas roupas” em vez de „esse comportamento é inadequado”).

Discutir com o paciente as preocupações quanto ao seu comportamento.

Estabelecer as consequências (com a participação do paciente, quando apropriado) de ocorrência ou não ocorrência de comportamentos desejados.

Discutir com o paciente, conforme apropriado, qual é o comportamento desejável em determinada situação ou local.

Estabelecer expectativas razoáveis para o comportamento do paciente baseadas na situação e no paciente.

Evitar discutir ou fazer barganhas com o paciente sobre as consequências e as expectativas comportamentais

estabelecidas.

Comunicar ao paciente as consequências e as expectativas comportamentais estabelecidas em linguagem de fácil compreensão e sem punição.

Comunicar as consequências e as expectativas comportamentais estabelecidas à equipe de tratamento em prol da coerência e continuidade dos cuidados.

Auxiliar o paciente, quando necessário e adequado, a mostrar os comportamentos desejados.

Monitorar o paciente quanto à ocorrência ou não dos comportamentos desejados.

Correlacionar as consequências estabelecidas diante da ocorrência ou não dos comportamentos desejados.

Modificar as consequências e as expectativas comportamentais conforme necessário, de modo a adaptar mudanças razoáveis na situação do paciente.

Reduzir o estabelecimento de limites à medida que o comportamento do paciente se aproximar daqueles desejados.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Deering C. Therapeutic relationships and communication. In: Mohr W., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:55-78.

Lowe T., Wellman N., Taylor R. Limit-setting and decision-making in the management of aggression. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(2):154-161.

Rickelman B.L. The client who displays angry, aggressive, or violent behavior. In: Mohr W., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:659-686.

Videbeck S.L. *Psychiatric mental health nursing*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Reposição Rápida de LÍQUIDOS (4140)

Definição: Administração rápida de líquidos intravenosos prescritos.

Atividades:

Obter e manter acesso endovenoso calibroso.

Cooperar com os médicos para garantir a administração de cristaloides (p. ex., soro fisiológico e Ringer lactato) e coloides, conforme apropriado.

Administrar líquidos endovenosos, conforme a prescrição.

Obter amostras de sangue para reação cruzada, conforme apropriado.

Administrar hemoderivados, conforme prescrição.

Monitorar a resposta hemodinâmica.

Monitorar a condição da oxigenação.

Monitorar ocorrência de sobrecarga hídrica.

Monitorar a eliminação de vários líquidos corporais (p. ex., urina, drenagem nasogástrica e dreno torácico).

Monitorar os níveis de ureia, creatinina, proteínas totais e albumina.

Monitorar a presença de edema pulmonar e terceira bulha.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. Mosby's clinical nursing, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

M

Exame das MAMAS (6522)

Definição: Exame e palpação das mamas e áreas relacionadas.

Atividades:

Investigar possíveis fatores de risco de desenvolvimento de câncer de mama, como idade, idade na primeira gestação, idade na menarca, idade na menopausa, histórico familiar, histórico de doença mamária, condição da paridade e histórico de amamentação.

Determinar se a paciente percebeu ou não algum tipo de dor, nódulo, espessamento ou sensibilidade da mama, secreção, distorção, retração e descamação do mamilo.

Ajudar a paciente a posicionar-se com conforto durante o exame, sempre oferecendo privacidade e sensibilidade, conforme a necessidade.

Explicar as etapas específicas do exame enquanto ele é realizado.

Fazer o exame enquanto a paciente está de pé e, depois, em posição supina.

Orientar a paciente a retirar o avental.

Examinar as mamas quanto a tamanho, forma, mudanças na textura ou cor da pele, inclusive vermelhidão, depressão, enrugamento, descamação ou retração da pele.

Observar a simetria e o contorno das mamas, além da posição dos mamilos, bilateralmente, em relação a desvios ou anormalidades.

Orientar a paciente a utilizar quatro posições diferentes para o exame visual: braços nas laterais, mãos na cintura, fazendo pressão sobre os quadris; mãos atrás da cabeça e braços passando pela cintura, com o tórax inclinado para a frente.

Investigar os mamilos em relação a secreções, comprimindo cada um com delicadeza.

Examinar e palpar as cadeias de nódulos linfáticos, inclusive nódulos supraclaviculares, infraclaviculares, laterais, centrais, subescapulares e anteriores em busca de anormalidades.

Observar quantidade, tamanho, local, consistência e mobilidade dos nódulos.

Colocar um travesseiro pequeno ou toalha debaixo da omoplata da mama a ser examinada, abduzir o braço no mesmo lado da mama e colocar a mão da paciente atrás da cabeça.

Utilizar um método sistemático, palpar o tecido mamário com a superfície palmar dos três primeiros dedos da mão dominante do examinador.

Movimentar a mão em círculo e comprimir o tecido mamário contra a parede do tórax.

Examinar os quatro quadrantes da mama, inclusive a cauda axilar.

Observar a presença de qualquer massa palpável, incluindo local, formato, tamanho (em cm), sensibilidade, mobilidade e consistência.

Observar o local de cicatriz de mastectomia em relação à presença de exantema, edema, espessamento e eritema, conforme apropriado.

Repetir o processo na outra mama.

Registrar todos os achados.

Informar ao médico ou enfermeiro responsável as anormalidades, conforme apropriado.

Encorajar a paciente a demonstrar a autopalpação durante e após o exame clínico das mamas.

Orientar a paciente sobre a importância do autoexame regular das mamas.

Aconselhar mamografias regulares, conforme a idade da paciente, sua condição e risco.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

American Cancer Society. Guidelines for the cancer-related checkup: An update. Atlanta: Author, 1993.

American Nurses Foundation. Clinician's handbook of preventive services. Waldorf, MD: American Nurses Publishing, 1994.

Champion V.L. Results of a nurse-delivered intervention on proficiency and nodule detection with breast selfexamination. *Oncology Nursing Forum*. 1995;22(5):819-824.

Edge V., Miller M. Women's health care. St. Louis, MO: Mosby, 1994.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Shaw S.L. The role of the nurse in a comprehensive breast center. *Journal of Oncology Management*. 1994;3(6):49-51.

Controle do MARCA-PASSO: definitivo (4091)

Definição: Cuidado de paciente que recebe suporte permanente de bombeamento cardíaco por inserção e uso de marca-passo definitivo.

Atividades:

Oferecer ao paciente e à família informações relativas ao implante do marca-passo (p. ex., indicações, funções, códigos universais de programação, potenciais complicações).

Oferecer informações concretas e objetivas relativas aos efeitos da terapia com marca-passo para reduzir incertezas, medo e ansiedade do paciente referentes aos sintomas relacionados ao tratamento.

Documentar dados pertinentes no prontuário do paciente relativos à inserção inicial do marcapasso (p. ex., fabricante, número do modelo, número de série, data do implante, modo operacional, parâmetros programados, limites superiores e inferiores da frequência cardíaca, tipo de fixação das derivações, sistema unipolar ou bipolar das derivações, capacidade de marcar o ritmo e/ou dar choques, sistema de oferecer choques).

Assegurar a confirmação do posicionamento do marcapasso pós-implante por meio de radiografia de tórax.

Monitorar o aparecimento de sinais de melhora do débito cardíaco, a intervalos específicos, após o início do funcionamento do marca-passo (p. ex., melhora do débito urinário, pele quente e seca, ausência de dor no peito, sinais vitais estáveis, ausência de crepitações, melhora do nível de consciência), conforme o protocolo da instituição.

Palpar pulsos periféricos a intervalos específicos, conforme o protocolo da instituição, para garantir perfusão adequada com os batimentos do marca-passo.

Monitorar a ocorrência de potenciais complicações associadas à inserção do marca-passo (p. ex., pneumotórax, hemotórax, perfuração do miocárdio, tamponamento cardíaco, hematoma, infecções, soluços, contração muscular).

Monitorar a ocorrência de fracasso do marca-passo em dar o ritmo e determinar a causa (p. ex., deslocamento de derivação, ruptura ou migração de derivações), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de falha em captar e determinar a causa (p. ex., deslocamento de derivação ou mau posicionamento, marca-passo em voltagem abaixo do limiar de captura, conexões defeituosas, fissuras nas derivações, perfuração ventricular), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de falha na sensibilidade e determinar a causa (p. ex., ajuste muito alto da sensibilidade, posição errada da derivação do cateter, rompimento da derivação, rompimento do isolamento da derivação), conforme apropriado.

Obter radiografia do tórax imediatamente após suspeita de rompimento da derivação, dobras nos adesivos, deslocamento de derivação ou migração de derivação.

Monitorar a ocorrência de sintomas de arritmias, isquemia ou insuficiência cardíaca (p. ex., tontura, síncope, palpitações, dor no peito, cansaço), principalmente, a cada consulta ambulatorial do paciente.

Monitorar a ocorrência de problemas com o marca-passo acontecidos entre as visitas agendadas para verificação.

Monitorar a ocorrência de edema do braço ou aumento de calor no lado do implante do marca-passo.

Monitorar a ocorrência de hiperemia ou edema no local do dispositivo.

Realizar uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., checar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, temperatura da pele e diaforese) em toda coleta de dados dos pacientes com marca-passo e antes de começar as ações corretivas.

Determinar o tipo e o modo do marca-passo, inclusive informações do código universal do marca-passo, antes de começar as ações corretivas.

Reunir dados adicionais, quando possível, do prontuário do paciente (p. ex., data do implante, frequência do uso, mudanças e parâmetros da programação), antes de iniciar as ações corretivas.

Assegurar o monitoramento contínuo com ECG junto ao leito do paciente e com profissionais qualificados.

Anotar a frequência e a duração das arritmias.

Monitorar a resposta hemodinâmica às arritmias.

Facilitar a realização de um ECG com doze derivações, conforme apropriado.

Monitorar as capacidades sensoriais e cognitivas.

Monitorar a pressão sanguínea a intervalos regulares e diante de mudanças no estado do paciente.

Monitorar a frequência e o ritmo cardíaco a intervalos específicos e diante de mudanças no estado do paciente.

Monitorar os níveis farmacológicos e eletrolíticos em pacientes que recebem medicações antiarrítmicas concomitantes.

Monitorar a ocorrência de condições metabólicas com efeitos adversos sobre os marca-passos (distúrbios ácido-básico, isquemia do miocárdio, hiperglicemia grave [superior a 600 mg/dL], insuficiência renal, hipotireoidismo).

Orientar o paciente quanto aos potenciais perigos por interferência eletromagnética de fontes externas (p. ex., manter-se pelo menos a 15 cm de fontes de interferência, não deixar celulares ligados em bolso de camisa sobre o marca-passo).

Orientar o paciente sobre fontes de interferência eletromagnética mais alta (p. ex., equipamento de solda, estimuladores eletrônicos dos músculos, radiotransmissores, alto-falantes em espetáculos musicais, grandes sistemas geradores de motores, brocas eletrônicas, detectores manuais de metal, ressonância magnética, radiação).

Orientar os pacientes a checar os alertas dos fabricantes quando estiverem com dúvidas sobre o uso de eletrodomésticos.

Orientar o paciente sobre os potenciais perigos de interações ambientais (p. ex., ritmo inadequado ou sensação de ritmo inadequado, menor vida do gerador, arritmias cardíacas, parada cardíaca).

Orientar o paciente a respeito de perigos potenciais de rupturas metabólicas (p. ex., potencial de aumento do ritmo do marca-passo ou dos limiares de captação).

Orientar o paciente sobre a necessidade de checagens regulares com o cardiologista.

Orientar o paciente a consultar o cardiologista sempre que houver mudanças nos medicamentos.

Orientar o paciente com marca-passo recente a evitar dirigir automóveis até permissão do cardiologista (normalmente, mínimo de três meses).

Orientar o paciente quanto à necessidade de monitoramento regular da sensibilidade do marca-passo e dos limiares de captação.

Orientar o paciente quanto à necessidade de questionamento sobre o marca-passo pelo cardiologista, em busca de evidências de interferência eletromagnética.

Orientar o paciente sobre a necessidade de realizar radiografia do tórax, anualmente, para confirmar a manutenção do local do marca-passo.

Orientar o paciente a respeito de sinais e sintomas de disfunção do marca-passo (p. ex., bradicardia < 30 bpm, tontura, fraqueza, cansaço, desconforto no peito, angina, falta de ar, ortopneia, edema, dispneia paroxística noturna, dispneia de esforço, hipotensão, pré-síncope, síncope, parada cardíaca).

Orientar o paciente a levar sempre consigo o cartão de identificação do fabricante.

Orientar o paciente a usar pulseira de alerta médico ou colar de alerta médico que o identifique como paciente com marca-passo.

Orientar o paciente sobre considerações especiais relativas a entradas de segurança em prédios governamentais ou aeroportos (p. ex., sempre dizer aos seguranças que você é portador de marca-passo implantado, passar direto pelos portões, não permitir o uso de detectores de metal próximos à inserção, sempre passar depressa por dispositivos detectores de metal ou pedir que seja examinado manualmente, não se encostar ou ficar perto de dispositivos detectores de metal por longos períodos).

Orientar o paciente informando que detectores manuais de metal contêm magnetos capazes de reajustarem o marcapasso, causando mau funcionamento.

Orientar a família do paciente no sentido de que não haverá danos à pessoa que toca o paciente que recebe descarga elétrica do marca-passo.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Geiter H.B. Getting back to basics with permanent pacemakers, part 1. *Nursing 2004*. 2004;34(10):32cc1. 32cc4

Geiter H.B. Getting back to basics with permanent pacemakers, part 2. *Nursing 2004*. 2004;34(11):32cc1. 32cc2

Hogle W.P. Pacing the standard of nursing practice in radiation oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2001;5(6):253-256. 267-268

Mattingly E. Arrhythmia management devices and electromagnetic interference. *AANA Journal*. 2004;72(2):129-136.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2004.

Yeo T.P., Berg N.C. Counseling patients with implanted cardiac devices. *The Nurse Practitioner*. 2005;29(12):58-65.

Controle do MARCA-PASSO: temporário (4092)

Definição: Suporte temporário para bombeamento cardíaco por meio da inserção e do uso de marca-passo temporário.

Atividades:

Determinar as indicações de marca-passo temporário e a duração do suporte pretendido.

Determinar a mecânica pretendida para o marca-passo (p. ex., interno ou externo, unipolar ou bipolar, cateter transtorácico, epicárdico ou venoso central), inclusive a adequação do tipo de gerador de marca-passo selecionado.

Realizar uma avaliação completa da circulação periférica (p. ex., checar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar), temperatura da pele e diaforese.

Assegurar o monitoramento contínuo do ECG junto ao leito por pessoas qualificadas.

Observar frequência e duração das arritmias.

Monitorar a resposta hemodinâmica às arritmias.

Facilitar a aquisição de ECG com 12 derivações, conforme apropriado.

Monitorar a capacidade sensorial e cognitiva.

Monitorar a pressão sanguínea a intervalos específicos e sempre que houver alterações no estado do paciente.

Monitorar frequência e ritmo cardíaco a intervalos específicos sempre que houver alterações no estado do paciente.

Orientar o paciente sobre o marca-passo escolhido (p. ex., finalidade, indicações, mecânica, duração).

Assegurar que pacientes com marca-passo externo tenham consciência da possibilidade de desconforto e da disponibilidade de sedação para conforto e/ou relaxamento.

Obter consentimento informado para inserir o marca-passo temporário escolhido (transtorácico, transvenoso ou epicárdico).

Preparar a pele do tórax e das costas, lavando-a com sabão e água e cortando os pelos do corpo com tesouras e não com lâminas, se necessário.

Preparar o marca-passo escolhido para uso conforme o protocolo da instituição (p. ex., assegurar pilhas/bateria novas, identificar o ajuste de fios atriais e ventriculares, identificar derivações positivas e negativas para cada par de fios, identificar nomes/etiquetas conforme indicação/preferência).

Auxiliar a inserir ou colocar o dispositivo escolhido, conforme apropriado.

Aplicar os eletrodos do marca-passo transcutâneo externo na pele limpa e seca, na porção anterior esquerda do tórax e na porção posterior do tórax, conforme apropriado.

Providenciar sedação e analgesia a pacientes com marca-passo transcutâneo externo, quando indicado.

Ajustar a frequência, conforme a necessidade do paciente e as determinações médicas (orientações gerais para pacientes cirúrgicos de 90 a 110 bpm, pacientes clínicos de 70 a 90 bpm, pacientes com parada cardíaca de 80 bpm).

Ajustar os miliampères conforme o paciente (orientações gerais para adultos, 10 mA em não urgências, de 15 a 20 mA em emergências) até a presença de captação.

Monitorar a resposta do paciente ao ajuste de miliampères a intervalos regulares, antecipando flutuações que resultam da formação de bainha endotelial ao redor das extremidades dos eletrodos.

Ajustar a sensibilidade (orientações gerais para adultos: 2 a 5 mV; diante de falha da sensibilidade, baixar mV; diante da sensação dos batimentos embora não estejam realmente presentes, aumentar mV).

Iniciar o marca-passo, lentamente, aumentando o nível de miliampères até a captação consistente ocorrer (orientações gerais de débito miliampères de 1,5 a 3 vezes além do limiar e, de 1 a 20 mA em condições de emergência).

Realizar radiografia do tórax após a inserção de marca-passo temporário invasivo.

Monitorar a presença de batimento ritmado ou resolução de arritmia inicial.

Monitorar quanto a sinais de melhora do débito cardíaco a intervalos específicos após início do ritmo (p. ex., melhora do débito urinário, pele quente e seca, ausência de dor no peito, sinais vitais estáveis, ausência de crepitações e distensão da veia jugular, melhoras do nível de consciência), conforme o protocolo da instituição.

Palpar os pulsos periféricos a intervalos específicos, conforme o protocolo da instituição, garantindo a perfusão adequada com os batimentos ritmados pelo aparelho.

Examinar a pele com frequência para prevenir queimaduras potenciais em pacientes com marca-passo transcutâneo externo.

Monitorar a ocorrência de complicações potenciais associadas à inserção de marca-passo (p. ex., pneumotórax, hemotórax, perfuração do miocárdio, tamponamento cardíaco, hematoma, aumento da pressão venosa central, infecções, soluços, espasmos musculares).

Observar a ocorrência de mudanças na condição cardíaca ou hemodinâmica indicativa da necessidade de mudanças na condição do marca-passo.

Monitorar a ocorrência de falha em manter o ritmo e determinar a causa (p. ex., pilhas/bateria fracas, deslocamento de derivações, fissura nos fios, fio ou cabo desconectado), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de falha em captar e determinar a causa (p. ex., deslocamento de derivação ou mau posicionamento, falha nas pilhas/bateria, marca-passo em voltagem abaixo do limiar de captura, conexões defeituosas, fissuras nas derivações, perfuração ventricular), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de falha na sensibilidade e determinar a causa (p. ex., ajuste muito alto da sensibilidade, falha nas pilhas/bateria, posição errada da derivação, fissura na derivação, falha no gerador de pulsos, rompimento do isolamento da derivação), conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de condições que, potencialmente, afetem a captação e a sensibilidade (p. ex., mudanças na condição hídrica, efusão pericárdica, anormalidades eletrolíticas ou metabólicas, alguns medicamentos, inflamação

tissular, fibrose tissular, necrose tissular).

Realizar teste de limiar de captação e sensibilidade a cada 24 a 48 horas com marca-passos recém-inseridos para determinar os melhores ajustes dos geradores (contraindicado em pacientes com ritmo de marca-passo a 90% ou mais tempo).

Realizar testes do limiar separados para a câmara atrial e ventricular.

Oferecer cuidados incisionais adequados no caso de marca-passos com locais de inserção (troca de curativo, curativo oclusivo estéril e antimicrobiano, conforme protocolo da instituição).

Assegurar que todo o equipamento esteja aterrado, em boas condições de funcionamento e localizado adequadamente (p. ex., local em que não possa cair no chão).

Assegurar que os fios tenham o comprimento que impeça deslocamento involuntário.

Usar luvas ao ajustar os eletrodos.

Isolar os fios dos eletrodos quando não estiverem em uso (p. ex., cobrir os fios torácicos sem uso com as pontas dos dedos de luvas descartáveis).

Orientar o paciente e familiares sobre os sintomas a serem informados (p. ex., tontura, desmaio, fraqueza prolongada, náusea, palpitações, dor no peito, dificuldade para respirar, desconforto ao inserir ou no local do eletrodo externo, choques elétricos).

Ensinar ao paciente e à família as precauções e as restrições necessárias enquanto estiver em uso o marca-passo temporário (p. ex., limitar os movimentos, evitar manuseio do marca-passo).

Quarta edição 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.

Overbay D., Criddle L. Mastering temporary invasive cardiac pacing. *Critical Care Nurse*. 2004;24(3):25-32.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2004.

Yeo T.P., Berg N.C. Counseling patients with implanted cardiac devices. *The Nurse Practitioner*. 2005;29(12):58-65.

MASSAGEM (1480)

Definição: Estimulação da pele e tecidos subjacentes com graus variados de pressão manual para reduzir dores, produzir relaxamento e/ou melhorar a circulação.

Atividades:

Examinar em busca de contraindicações, como redução plaquetária, diminuição da integridade da pele, trombose venosa profunda, áreas com lesões abertas, hiperemia ou inflamação, tumores e hipersensibilidade ao toque.

Investigar o desejo do cliente de ser massageado.

Estabelecer um período para a massagem que alcance a resposta desejada.

Selecionar a(s) área(s) do corpo a ser(em) massageada(s).

Lavar as mãos com água morna.

Preparar um ambiente aquecido, confortável e privativo, sem distrações.

Colocar o paciente em posição confortável que facilite a massagem.

Cobrir o paciente de modo a expor somente a área a ser massageada, conforme necessário.

Cobrir áreas não expostas com cobertas, lençóis ou toalhas de banho, conforme necessário.

Usar loção aquecida, óleo ou talco para reduzir o atrito (não usar loções/óleos na cabeça ou couro cabeludo), avaliando áreas sensíveis ou contraindicações.

Aquecer a loção ou o óleo na palma das mãos, ou em recipiente imerso por vários minutos em água quente.

Massagear com movimentos contínuos, simétricos, longos, com compressões ou vibração com as palmas das mãos, os dedos e os polegares.

Adaptar a área, a técnica e a pressão da massagem à percepção de conforto e finalidade da massagem pelo paciente.

Massagear as mãos e os pés caso outras áreas apresentem inconvenientes, ou se for mais confortável para o paciente.

Encorajar o paciente a respirar profundamente e a relaxar durante a massagem.

Estimular o paciente a avisar se sentir algum desconforto durante a massagem.

Orientar o paciente, ao final da massagem, a ficar descansando até estar pronto, para somente depois, movimentar-se lentamente.

Usar apenas a massagem, ou em conjunto com outras medidas, conforme apropriado.

Avaliar e documentar a resposta à massagem.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Altman G.B. Delmar's fundamental and advanced nursing skills, 2nd ed. Clifton Park, NY: Delmar Learning, 2004.

Coe A.B., Anthony M.L. Understanding bodywork for the patient with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2005;9(6):733-739.

Fontaine K.L. Complementary and alternative therapies for nursing practice, 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, 2005.

Smith M.C., Kemp J., Hemphill L., Vojir C.P. Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;34(3):257-267.

Smith S.F., Duell D.J., Martin B.C. Clinical nursing skills: Basic to advanced skills, 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Snyder M., Tseng Y. Massage. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/alternative therapies in nursing*. 4th ed. New York: Springer; 2002:223-233.

Wang H.L., Keck J.F. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Management Nursing*. 2004;5(2):59-65.

Promoção da MECÂNICA CORPORAL (0140)

Definição: Facilitar o uso de postura e movimentos nas atividades diárias para prevenir fadiga e tensão ou lesão musculoesquelética.

Atividades:

Determinar o compromisso do paciente para aprender e usar uma postura correta.

Colaborar com o fisioterapeuta para desenvolver um plano de promoção da mecânica corporal, conforme indicado.

Determinar quanto o paciente compreende de mecânica corporal e exercícios (p. ex., demonstração de retorno das técnicas corretas enquanto faz atividades/exercícios).

Orientar o paciente sobre a estrutura e funcionamento da coluna e otimização da postura para movimentar-se e utilizar o corpo.

Orientar o paciente sobre a necessidade de uma postura correta para prevenir fadiga, tensão ou lesão.

Orientar o paciente sobre como usar a postura e a mecânica corporal para prevenir lesão enquanto faz qualquer atividade física.

Determinar a percepção que o paciente tem das próprias anormalidades musculoesqueléticas e os efeitos potenciais da postura e tecido muscular.

Orientar sobre o uso de colchão/cadeira ou travesseiro firmes, se adequado.

Orientar para evitar dormir em pronação.

Auxiliar na demonstração de posições adequadas para dormir.

Auxiliar para evitar sentar na mesma posição por períodos prolongados.

Demonstrar como alternar o peso de um pé para o outro quando em pé.

Orientar o paciente a movimentar os pés em primeiro lugar; em seguida, o corpo, ao virar-se para andar partindo da posição em pé.

Usar os princípios da mecânica corporal junto com manuseio seguro do paciente e auxiliares dos movimentos.

Auxiliar o paciente/família a identificar exercícios de postura apropriados.

Auxiliar o paciente a escolher atividades de aquecimento antes de começar os exercícios ou tarefas que não sejam rotineiras.

Auxiliar o paciente a fazer exercícios de flexão para facilitar a mobilidade das costas, conforme indicado.

Orientar o paciente/famílias sobre a frequência e número de repetições de cada exercício.

Monitorar a melhora na postura/mecânica corporal do paciente.

Dar informações sobre possíveis causas potenciais de dor muscular ou articular.

Primeira edição; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Nurses Association. *Position statement on elimination of manual patient handling to prevent work-related musculoskeletal disorders*. 2003. Retrieved October 21, 2005, from <http://www.nursingworld.org/readroom/position/workplac/pathand.htm>.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S.J. *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Patient Safety Center of Inquiry, Veterans Health Administration and Department of Defense. *Patient care ergonomics resource guide: Safe patient handling and movement*. 2001. Retrieved October 21, 2005, from <http://www.vsn8.med.va.gov/patientsafetycenter/safehandling/default.asp>.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Smith S.F., Duell D.J., Martin B.C. *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills*, 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Administração de MEDICAMENTOS (2300)

Definição: Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não prescritos.

Atividades:

Desenvolver políticas e procedimentos institucionais para a administração precisa e segura de medicamentos.

Desenvolver e utilizar um ambiente que maximize a administração segura e eficiente de medicamentos.

Seguir os „cinco certos” da administração de medicamentos.

Verificar a prescrição ou a receita de um medicamento antes de administrá-lo.

Prescrever e/ou recomendar medicamentos, conforme apropriado, conforme a autoridade prescritiva.

Monitorar possíveis alergias, interações e contraindicações aos medicamentos.

Observar as alergias do paciente antes de oferecer cada medicamento e suspendê-lo, conforme apropriado.

Assegurar que hipnóticos, narcóticos e antibióticos sejam suspensos ou novamente prescritos na data da renovação.

Verificar o prazo de validade no frasco do medicamento.

Preparar os medicamentos utilizando técnicas e equipamento adequados para a via de administração.

Restringir a administração de medicamentos não rotulados adequadamente.

Descartar medicamentos não utilizados ou com validade vencida, conforme as orientações da instituição.

Monitorar os sinais vitais e os dados laboratoriais antes de administrar medicamentos, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a tomar o medicamento.

Dar o medicamento, usando técnica e via adequadas.

Utilizar prescrições, protocolos institucionais e procedimentos para orientar o método adequado de administração de medicamentos.

Orientar o paciente e a família sobre ações e efeitos adversos esperados do medicamento.

Monitorar o paciente para determinar a necessidade de medicamentos, conforme apropriado.

Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico da medicação.

Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos, toxicidade e interações dos medicamentos administrados.

Assinar as prescrições de narcóticos e outros medicamentos controlados, conforme o protocolo da instituição.

Verificar todas as dúvidas quanto às prescrições de medicamentos com o profissional de saúde apropriado.

Documentar a administração do medicamento e as reações do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Deglin J.H., Vallerand A.H. Davis's drug guide for nurses, 7th ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2001.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Lehne R.A. Pharmacology for nursing care, 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2001.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:435-557.

Administração de MEDICAMENTOS: endovenosa (EV) (2314)

Definição: Preparo e aplicação de medicamentos pela via endovenosa.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Verificar incompatibilidades com o medicamento endovenoso.

Observar os prazos de validade dos medicamentos e soluções.

Reunir os materiais corretos para administrar a medicação.

Preparar a concentração apropriada da medicação EV cuja apresentação é em ampola ou frasco.

Verificar a posição e permeabilidade do cateter EV na veia.

Manter a esterilidade do sistema EV.

Administrar o medicamento EV na velocidade adequada.

Misturar suavemente a solução ao adicionar medicamento ao recipiente com o líquido EV.

Selecionar a conexão de entrada do equipo EV o mais próximo possível do paciente, ocluir o equipo acima dela e aspirar antes de injetar em bolo em um sistema já existente.

Irrigar a conexão endovenosa com a solução apropriada antes e depois de administrar o medicamento, conforme o protocolo da instituição.

Preencher o rótulo do medicamento adicionado e aplicá-la ao recipiente do líquido EV, conforme apropriado.

Manter o acesso EV, conforme apropriado.

Monitorar o paciente para determinar a reação à medicação.

Monitorar o sistema EV, velocidade do fluxo e a solução, a intervalos regulares, conforme o protocolo da instituição.

Monitorar sinais de infiltração e flebite no local da infusão.

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Leituras Sugeridas:

- Craven R.F., Hirnle C.J. Intravenous therapy. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:575-610.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fluid, electrolytes, and acid-base balance. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1351-1409.
- Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.
- Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 534-551
- Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Administração de MEDICAMENTOS: enteral (2301)

Definição: Oferta de medicamentos através de sonda inserida no sistema gastrointestinal.

Atividades:

Seguir os „cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e alérgico do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente sobre a medicação e seu entendimento sobre o método de administração (p. ex., sonda nasogástrica, sonda orogástrica, sonda de gastrostomia).

Determinar todas as contraindicações do paciente para receber medicamento oral via sonda (p. ex., inflamação intestinal, redução do peristaltismo, cirurgia gastrointestinal recente, se está conectado a aspiração gástrica).

Preparar o medicamento (p. ex., esmagá-lo ou misturá-lo com líquidos, conforme apropriado).

Informar o paciente sobre as ações esperadas e os possíveis efeitos adversos dos medicamentos.

Verificar a posição da sonda, aspirando os conteúdos gastrointestinais, verificando o nível do pH do aspirado, ou obtendo radiografia, conforme apropriado.

Agendar a medicação para que seja oferecida junto com a alimentação enteral.

Colocar o paciente na posição de Fowler alta, se não houver contraindicação.

Aspirar os conteúdos estomacais, devolver o aspirado com a administração de 30 mL de ar ou a quantidade adequada à idade, e administrar 30 mL de água, conforme apropriado.

Retirar o êmbolo da seringa e colocar o medicamento em seu interior.

Administrar o medicamento, permitindo que flua livremente do cilindro da seringa, usando o êmbolo somente quando necessário.

Administrar 30 mL de água morna na sonda, ou com a quantidade adequada à idade, após a administração do medicamento.

Monitorar o paciente quanto aos efeitos terapêuticos, efeitos adversos, toxicidade e interações dos medicamentos.

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Leituras Sugeridas:

- Bozzetti F., Braga M., Gianotti L., Gavazzi C., Mariani L. Postoperative enteral versus perenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: A randomised multicentre trial. *Lancet*. 2001;358(9292):1487-1492.
- Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.
- Keidan I., Gallagher T.J. Electrocardiogram-guided placement of enteral feeding tubes. *Critical Care Medicine*. 2000;28(7):2631-2633.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.
- Miller D., Miller H. To crush or not to crush: What to consider before giving medications to a patient with a tube or who has trouble swallowing. *Nursing 2000*. 2000;30(2):50-52.
- Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.
- Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 461-465, 756-762
- Rumalla A., Baron T.H. Results of direct percutaneous endoscopic jejunostomy, an alternative method for providing jejunal feeding. *Mayo Clinic Proceedings*. 2000;75(8):807-810.
- Spalding H.K., Sullivan K.J., Soremi O., Gonzalez F., Goodwin S.R. Bedside placement of transpyloric feeding tubes in the pediatric intensive care unit using gastric insufflation. *Critical Care Medicine*. 2000;28(6):2041-2044.
- Trujillo E.B., Robinson M.K., Jacobs D.O. Feeding critically ill patients: Current concepts. *Critical Care Nurse*. 2001;21(4):60-69.

Administração de MEDICAMENTOS: inalatória (2311)

Definição: Preparo e administração de medicamentos inalados.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e alérgico do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Determinar a capacidade do paciente para manipular e administrar medicamentos.

Ajudar o paciente a usar o inalador, conforme a prescrição.

Orientar o paciente sobre o uso da câmara aérea (espaçador) com o inalador, conforme apropriado.

Sacudir o inalador.

Remover a tampa protetora do inalador e segurá-lo de cabeça para baixo.

Ajudar o paciente a posicionar o inalador na boca ou no nariz.

Orientar o paciente a inclinar a cabeça levemente para trás e a expirar completamente.

Orientar o paciente a pressionar o inalador para liberar o medicamento enquanto inala lentamente.

Garantir que o paciente faça respirações profundas e lentas, com breve pausa ao término da inspiração, e com expiração

passiva enquanto usa um nebulizador.

Fazer o paciente segurar a respiração durante dez segundos, conforme apropriado.

Fazer o paciente expirar lentamente pelo nariz ou lábios unidos.

Orientar o paciente a repetir as inalações conforme recomendado, aguardando pelo menos um minuto entre elas.

Orientar o paciente a aguardar entre as inalações, se forem prescritos dois inaladores, conforme o protocolo da instituição.

Orientar o paciente a remover a parte cilíndrica e metálica do inalador e limpá-lo em água morna.

Monitorar as respirações do paciente e auscultar os pulmões, conforme apropriado.

Monitorar os efeitos do medicamento e orientar o paciente e os cuidadores sobre os efeitos desejados e os possíveis efeitos secundários do medicamento.

Ensinar e monitorar a técnica de autoadministração, conforme apropriado.

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 485-493

Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with chronic obstructive pulmonary disease. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:568-598.

Administração de MEDICAMENTOS: interpleural (2302)

Definição: Administração de medicamento através de um cateter interpleural para reduzir a dor.

Atividades:

Obter consentimento escrito para inserir o cateter interpleural.

Reunir os materiais e ajudar a inserção do cateter interpleural, conforme apropriado.

Orientar o paciente quanto à finalidade, aos benefícios e motivos do uso do cateter interpleural.

Confirmar a colocação correta do cateter pela radiografia do tórax, conforme apropriado.

Monitorar a dor do paciente antes e depois da inserção do cateter, conforme apropriado.

Verificar ausência de retorno de sangue antes de administrar o medicamento.

Administrar o medicamento para alívio da dor pelo cateter interpleural.

Administrar medicamento para dor através do cateter interpleural, de modo intermitente ou por gotejamento contínuo.

Interromper a administração do medicamento caso ocorra o retorno de mais de 2 mL de líquido durante a verificação.

Posicionar o paciente de modo a evitar pressão sobre o cateter interpleural.

Monitorar dispneia ou sons respiratórios desiguais/anormais.

Observar qualquer vazamento que possa ocorrer do cateter interpleural.

Observar o alívio da dor, efeitos secundários ou reações adversas após administração do medicamento.

Conectar o cateter à bomba de administração de medicamento, conforme apropriado.

Encorajar a deambulação precoce, se possível com o uso do cateter interpleural, conforme apropriado.

Trocar o curativo, conforme apropriado.

Observar sinais e sintomas de infecção no local da inserção do cateter interpleural.

Retirar o cateter interpleural conforme a prescrição.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

El-Naggar M., Schaberg F.Jr., Phillips M. Intrapleural regional analgesia for pain management of cholecystectomy. *Archives of Surgery*. 1989;124(5):568-570.

Kralheim L., Reiestad F. Interpleural catheter in the management of postoperative pain. *Anesthesiology*. 1984;61(3A):231.

Martin B., Meherg D. Interpleural analgesia: A new technique. *Critical Care Nurse*. 1994;14(5):31-35.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Reiestad F., Stromskag K. Interpleural catheter in the management of postoperative pain: A preliminary report. *Regional Anesthesia*. 1986;11:89-91.

Reiestad F., Stromskag K., Holmquist E. Intrapleural administration of bupivacaine in postoperative management of pain. *Anesthesiology*. 1986;65(3A):204.

Administração de MEDICAMENTOS: intradérmica (2312)

Definição: Preparo e aplicação de medicamentos pela via intradérmica.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergia do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do propósito da injeção e o teste cutâneo.

Selecionar a agulha e a seringa corretas com base no tipo de injeção.

Observar datas de validade do medicamento.

Preparar corretamente a dose da ampola ou frasco.

Selecionar o local adequado para a injeção e examinar a pele em busca de equimoses, inflamação, edema, lesões ou descoloração.

Usar técnica asséptica.

Inserir a agulha a um ângulo de 5 a 15 graus.

Injetar o medicamento lentamente enquanto observa a formação de uma bolha pequena na superfície da pele.

Monitorar o paciente quanto a reação alérgica.

Marcar o local da injeção e fazer a leitura dele no intervalo adequado após o procedimento (p. ex., 48 a 72 horas após a injeção).

Monitorar os efeitos esperados do alergênio ou medicamento específico.

Documentar o local da injeção e o aspecto da pele onde ela foi realizada.

Documentar o aspecto do local da injeção após o intervalo apropriado.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 519-522

Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Administração de MEDICAMENTOS: intraespinal (2319)

Definição: Administração e monitoramento de medicação através de via epidural ou intratecal estabelecida.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o nível de conforto do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Monitorar os sinais vitais do paciente.

Monitorar o estado neurológico.

Manter técnica asséptica.

Monitorar a mobilidade do paciente e suas funções motoras e sensoriais, conforme apropriado.

Aspirar o líquido cerebrospinal antes de injetar o medicamento e avaliar retorno de sangue ou material turvo, antes de administrar uma injeção intratecal em bolo.

Aspirar o cateter epidural com suavidade, usando seringa vazia, verificando o retorno apenas de ar, antes da administração da injeção epidural em bolo.

Preparar, de forma asséptica, o medicamento sem conservantes através de agulha com filtro.

Observar o material aspirado em relação à quantidade e cor que retorna.

Injetar lentamente a medicação, conforme prescrição médica e de acordo com o protocolo da instituição.

Monitorar o local da inserção do cateter epidural ou intratecal quanto a sinais de infecção.

Monitorar o curativo no local da inserção do cateter epidural ou intratecal quanto à presença de secreção transparente.

Avisar o médico quando o curativo epidural ou intratecal estiver molhado.

Confirmar se o cateter está bem fixado na pele do paciente.

Prender com fita adesiva em todas as conexões dos equipos, conforme apropriado.

Identificar o cateter como epidural ou intratecal, conforme apropriado.

Verificar a bomba de infusão quanto à sua calibração e funcionamento corretos, conforme o protocolo da instituição.

Monitorar o conjunto IV, a taxa de fluxo e a solução com regularidade.

Monitorar sinais de infecção no sistema nervoso central (p. ex., febre, mudança no nível de consciência, náusea e vômito).

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Alpen M.A., Morse C. Managing the pain of traumatic injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2001;13(2):243-257.

Craven R.F., Hirnle C.J. Pain perception and management. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1167-1198.

Francois B., Vacher P., Roustan J., Salle J.Y., Vidal J., Moreau J.J., Vignon P. Intrathecal Baclofen after traumatic brain injury: Early treatment using a new technique to prevent spasticity. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*. 2001;50(1):158-161.

Lehne R.A. *Pharmacology for nursing care*, 4th ed., Philadelphia: W.B. Saunders; 2001:236.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

National Institutes of Health. *Living with cancer chemotherapy*. 2001. Available January 2, 2007, from http://www.cc.nih.gov/cc/patient_education/CaTxeng/intrathec.pdf.

Smith S.F., Duell D.J. *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills*, 4th ed., Stamford, CT: Appleton & Lange; 1996:426-427.

Administração de MEDICAMENTOS: intramuscular (IM) (2313)

Definição: Preparo e aplicação de medicamento pela via intramuscular.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergia do paciente.

Considerar as indicações e contraindicações de injeção intramuscular.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Selecionar agulha e seringa certas, com base nas informações sobre o paciente e o medicamento.

Observar datas de validade do medicamento.

Preparar corretamente a dose retirada da ampola, do frasco, ou seringa pré-carregada.

Selecionar o local adequado para a injeção; palpar o local em busca de edema, caroços e sensibilidade; evitar áreas com cicatrizes, contusão, abrasão ou infecção.

Posicionar a mão não dominante no marco anatômico correto, esticar firmemente a pele.

Administrar a injeção usando técnica asséptica e protocolo correto.

Inserir a agulha rapidamente, a um ângulo de 90 graus.

Aspirar antes de injetar; se não aspirar sangue, injetar lentamente o medicamento, aguardar dez segundos após a injeção e, depois, retirar suavemente a agulha soltar a pele.

Aplicar pressão suave ao local da injeção; evitar massagear o local.

Monitorar o paciente quanto a dor aguda no local da injeção.

Monitorar o paciente quanto a alteração sensorial ou motora no local da injeção ou distal a ele.

Monitorar os efeitos esperados e inesperados do medicamento.

Descartar medicamentos misturados que não tenham sido rotulados corretamente.

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 528-534

Administração de MEDICAMENTOS: intraóssea (2303)

Definição: Inserção de agulha na cavidade medular, através do córtex ósseo, para administração de emergência e em curto prazo de líquidos, sangue ou medicamento.

Atividades:

Seguir os „cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergia do paciente.

Determinar o nível de conforto do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Imobilizar a extremidade.

Selecionar um local adequado para a inserção, avaliando os locais para garantir a colocação correta da agulha afastada da placa epifisária de crescimento.

Auxiliar na inserção das linhas intraósseas.

Preparar o local com solução, usando técnica asséptica.

Administrar lidocaína a 1% no ponto de inserção, conforme apropriado.

Escolher um tamanho adequado de agulha com estilete (biopsia de medula óssea/agulha de aspiração, ou agulha com estilete, com calibre entre 13 e 20).

Inserir a agulha com o estilete, a um ângulo de 60 a 90 graus, direcionada para baixo.

Remover o estilete interno, se necessário.

Aspirar o conteúdo da medula óssea para confirmar a posição da agulha, conforme o protocolo da instituição.

Irigar a agulha com solução, conforme o protocolo da instituição.

Fixar a agulha no local com esparadrapo e aplicar o curativo adequado, conforme o protocolo da instituição.

Conectar o equipo à agulha e permitir que os líquidos fluam conforme a gravidade ou pressão, conforme a exigência da taxa de fluxo.

Adaptar as linhas IV à extremidade.

Identificar a compatibilidade dos medicamentos e dos líquidos na infusão.

Determinar a taxa de fluxo e ajustá-la de maneira adequada.

Monitorar sinais e sintomas de extravasamento de líquidos ou medicamentos, infecção ou embolia gordurosa.

Documentar local, tipo e tamanho da agulha, tipo de líquido e medicamento, taxa de infusão e resposta do paciente, de acordo com o protocolo da instituição.

Relatar a reação do paciente à terapia, conforme o protocolo da instituição.

Estabelecer acesso IV e interromper a linha intraóssea após estabilização da situação do paciente.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Hurren J.S. Can blood taken from intraosseous cannulations be used for blood analysis? *Burns*. 2000;26:727-730.

Dubick M.A., Holcomb J.B. A review of intraosseous vascular access: Current status and military application. *Military Medicine*. 2000;165:552-559.

Miccolo M. Intraosseous infusion. *Critical Care Nurse*. 1990;10(10):35-47.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Administração de MEDICAMENTOS: nasal (2320)

Definição: Preparo e administração de medicamentos pelas vias nasais.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Orientar o paciente a assoar o nariz com suavidade antes da administração da medicação nasal, a menos que contraindicado.

Auxiliar o paciente a ficar em supino e a posicionar a cabeça de maneira correta, dependendo da narina a ser medicada, ao administrar as gotas nasais.

Orientar o paciente a respirar pela boca durante a administração das gotas nasais.

Segurar o gotejador 1 cm acima das narinas e instilar a quantidade de gotas prescritas.

Orientar o paciente a permanecer em supino por cinco minutos após a administração das gotas nasais.

Orientar o paciente a permanecer ereto e a não inclinar a cabeça para trás ao administrar o vaporizador nasal.

Inserir a extremidade do vaporizador na narina e comprimir o frasco rapidamente e com firmeza ao administrar o *spray* nasal.

Orientar o paciente a não assoar o nariz durante vários minutos após a administração.

Monitorar o paciente para determinar a resposta à medicação.

Documentar a administração do medicamento e a reação do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 482-485

Administração de MEDICAMENTOS: oftálmica (2310)

Definição: Preparo e instilação de medicamentos oftalmológicos.

Atividades:

Seguir os „cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e alérgico do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Posicionar o paciente em supino ou sentado em uma cadeira, com o pescoço levemente hiperestendido; pedir que olhe para cima.

Instilar a medicação no saco conjuntivo usando técnica asséptica.

Aplicar pressão suave ao duto lacrimal, caso o medicamento tenha efeitos sistêmicos.

Orientar o paciente a fechar os olhos, delicadamente, para ajudar a distribuir o medicamento.

Monitorar a ocorrência de efeitos locais, sistêmicos e adversos do medicamento.

Ensinar e monitorar técnica de autoadministração, conforme apropriado.

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.
- Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.
- Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 470-475
- Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Administração de MEDICAMENTOS: oral (2304)

Definição: Preparo e administração de medicamentos pela boca.

Atividades:

Seguir os „cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente sobre o medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Determinar quaisquer contraindicações para que o paciente receba medicamento oral (p. ex., deglutição difícil, náusea/vômito, inflamação intestinal, redução do peristaltismo, cirurgia gastrointestinal recente, conexão no sistema de

aspiração gástrica, jejum, nível de consciência diminuído).

Verificar possíveis interações e contraindicações de medicamentos.

Assegurar que hipnóticos, narcóticos e antibióticos sejam interrompidos ou novamente receitados na data de renovação.

Observar a data de validade na embalagem do medicamento.

Administrar os medicamentos com estômago vazio ou com alimentos, conforme apropriado.

Misturar medicamento de gosto desagradável com alimentos ou líquidos, conforme apropriado.

Misturar medicamento com xarope aromatizado, adquirido em farmácia, conforme apropriado.

Esmagar o medicamento e misturá-lo a pequena quantidade de alimento pastoso (p. ex., purê de maçã), conforme apropriado.

Informar o paciente sobre ações esperadas e possíveis efeitos adversos dos medicamentos.

Orientar o paciente sobre a administração correta do medicamento sublingual.

Colocar os medicamentos sublinguais debaixo da língua do paciente e orientá-lo a não engoli-los.

Fazer o paciente colocar medicamentos orais junto às mucosas da bochecha até que dissolva.

Orientar o paciente a não comer ou beber até o medicamento sublingual ou bucal estar totalmente dissolvido.

Auxiliar o paciente a ingerir os medicamentos, conforme apropriado.

Monitorar o paciente quanto à possibilidade de aspiração, conforme apropriado.

Realizar checagens da boca após o oferecimento dos medicamentos, conforme apropriado.

Orientar o paciente ou familiar sobre a forma de administrar o medicamento.

Monitorar o paciente quanto a efeitos terapêuticos, efeitos adversos, toxicidade e interações medicamentosas.

Documentar os medicamentos administrados e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 455-461

Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Administração de MEDICAMENTOS: otológica (2308)

Definição: Preparo e instilação de medicamentos otológicos.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e alérgico do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Posicionar o paciente deitado de lado, com o ouvido a ser tratado voltado para cima, ou sentado em uma cadeira.

Deixar o canal auditivo reto, puxando o pavilhão auricular para baixo e para trás (crianças), ou para cima e para fora (adultos).

Instilar o medicamento segurando o conta-gotas 1 cm acima do canal auditivo.

Orientar o paciente a permanecer deitado de lado por 5 a 10 minutos.

Aplicar pressão ou massagem suave ao trago de orelha, usando um dos dedos da mão.

Ensinar e monitorar a técnica de autoadministração, conforme apropriado.

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 475-479

Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Administração de MEDICAMENTOS: reservatório ventricular (2307)

Definição: Administração e monitoramento de medicamentos através de cateter de demora inserido no ventrículo lateral do cérebro.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o nível de conforto do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu método de entendimento sobre a administração.

Monitorar o estado neurológico.

Monitorar os sinais vitais.

Manter técnica asséptica.

Barbear os pelos acima do reservatório, conforme o protocolo da instituição.

Encher o reservatório com líquido cerebrospinal, aplicando pressão suave com o dedo indicador.

Coletar amostra do líquido cerebrospinal, conforme apropriado, de acordo com prescrição médica ou protocolo da instituição.

Aspirar o líquido cerebrospinal antes de injetar o medicamento e avaliar a presença de sangue ou líquido turvo.

Injetar o medicamento lentamente, conforme a prescrição médica ou de acordo com o protocolo da instituição.

Aplicar pressão com o dedo indicador ao reservatório, garantindo a mistura do medicamento com o líquido cerebrospinal.

Aplicar curativo local, conforme apropriado.

Monitorar a presença de infecção no sistema nervoso central (*i.e.*, febre, alteração no nível de consciência, náusea e vômito).

Documentar a administração do medicamento e a reação do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Access device guidelines: Catheters module; Cancer chemotherapy guidelines. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, 1998.

Almadrones L., Campana P., Dantis E.C. Arterial, peritoneal, and intraventricular access devices. *Seminars in Oncology Nursing*. 1995;11:194-202.

Craig C. Current treatment approaches for neoplastic meningitis: Nursing management of patients receiving Depocyt. *Oncology Nursing Forum*. 2000;27:1225-1230.

Cummings R. Understanding external ventricular drainage. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1992;24(2):84-87.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Administração de MEDICAMENTOS: retal (2315)

Definição: Preparo e inserção de supositórios retais.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Revisar o prontuário do paciente em busca de histórico de cirurgia ou sangramento retal.

Verificar a presença de quaisquer sinais e sintomas de alterações gastrointestinais (p. ex., constipação ou diarreia).

Determinar a capacidade do paciente para reter o supositório.

Auxiliar o paciente a deitar sobre o lado esquerdo na posição de Sims, com a perna superior flexionada para cima.

Lubrificar o dedo indicador da mão dominante enluvada e a extremidade arredondada do supositório.

Orientar o paciente a respirar lenta e profundamente pela boca e a relaxar o esfíncter anal.

Inserir delicadamente o supositório pelo ânus, passando o esfíncter anal interno, contra a parede do reto.

Orientar o paciente a permanecer deitado de bruços ou deitado de lado por cinco minutos.

Monitorar os efeitos do medicamento.

Ensinar e monitorar a técnica de autoadministração, conforme apropriado.

Documentar a administração do medicamento e a resposta do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 498-501

Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Administração de MEDICAMENTOS: subcutânea (2317)

Definição: Preparo e aplicação de medicamentos por via subcutânea.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Considerar as indicações e contraindicações à injeção subcutânea.

Observar a data de validade dos medicamentos.

Selecionar agulha e seringa corretas, com base em informações sobre o paciente e o medicamento.

Preparar corretamente a dose retirada da ampola ou do frasco.

Selecionar o local adequado para a injeção.

Alternar os locais de injeção de insulina, de forma sistemática, dentro de uma mesma região anatômica.

Palpar o local da injeção em busca de edema, caroços ou sensibilidade; evitar áreas com cicatrizes, contusões, abrasão ou infecção.

Usar locais no abdome ao administrar heparina subcutânea.

Administrar a injeção com técnica asséptica.

Injetar rapidamente a agulha, a um ângulo de 45 a 90 graus, dependendo do tamanho do paciente.

Aplicar pressão suave ao local; evitar massageá-lo.

Monitorar os efeitos esperados e inesperados do medicamento.

Orientar o paciente, familiares e/ou pessoas importantes sobre a técnica de injeção.

Documentar a administração do medicamento e a reação do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 523-528

Rice J. Medications and mathematics for the nurse, 9th ed. Albany, NY: Delmar, 2002.

Administração de MEDICAMENTOS: tópica (2316)

Definição: Preparo e aplicação de medicamentos na pele.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Determinar a condição da pele do paciente sobre a área de aplicação do medicamento.

Remover a dose do medicamento previamente aplicada e limpar a pele.

Medir a quantidade correta dos medicamentos sistêmicos aplicador por via tópica usando instrumentos de medida padronizados.

Aplicar o agente tópico conforme a prescrição.

Aplicar adesivos transdérmicos e medicamentos tópicos em áreas sem pelos da pele, conforme apropriado.

Espalhar o medicamento uniformemente sobre a pele, conforme apropriado.

Alternar os locais de aplicação de medicamentos sistêmicos tópicos.

Monitorar os efeitos adversos, locais e sistêmicos da medicação.

Ensinar e monitorar técnicas de autoadministração, conforme apropriado.

Documentar a administração do medicamento e a reação do paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Naegle M.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:234-242.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:436-452. 465-469

Administração de MEDICAMENTOS: vaginal (2318)

Definição: Preparo e inserção de medicamentos vaginais.

Atividades:

Seguir „os cinco certos” da administração de medicamentos.

Observar o histórico médico e de alergias do paciente.

Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração.

Fazer a paciente urinar antes da aplicação.

Aplicar lubrificante hidrossolúvel na extremidade arredondada do supositório; lubrificar o dedo indicador da mão dominante enluvado.

Inserir a extremidade arredondada do supositório pela parede posterior do canal vaginal por cerca de 7,5 a 10,0 cm, ou inserir o aplicador cerca de 5 a 7,5 cm.

Orientar a paciente para que permaneça deitada de costas por, no mínimo, dez minutos.

Manter uma boa higiene do períneo.

Monitorar os efeitos do medicamento.

Ensinar e monitorar a técnica de autoadministração, conforme apropriado.

Documentar a administração do medicamento e a reação da paciente, conforme o protocolo da instituição.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Medications. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:785-854.

Controle de MEDICAMENTOS (2380)

Definição: Facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos.

Atividades:

Determinar os medicamentos necessários e administrá-los, conforme o profissional que os prescreveu e/ou o protocolo da instituição.

Discutir as preocupações financeiras relativas ao regime de medicamentos.

Determinar a capacidade do paciente para automedicar-se, conforme apropriado.

Monitorar a eficácia da modalidade de administração dos medicamentos.

Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico da medicação.

Monitorar sinais e sintomas de toxicidade do medicamento.

Monitorar os efeitos adversos do medicamento.

Monitorar níveis séricos do sangue (p. ex., eletrólitos, protrombina, medicamentos), conforme apropriado.

Monitorar interações não terapêuticas dos medicamentos.

Revisar periodicamente com o paciente e/ou familiares os tipos e as quantidades dos medicamentos tomados.

Descartar medicamentos antigos, suspensos ou contraindicados, conforme apropriado.

Facilitar mudanças de medicamentos junto ao médico, conforme apropriado.

Monitorar respostas às mudanças no regime medicamentoso, conforme apropriado.

Determinar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos.

Monitorar a adesão do regime de medicamentos.

Determinar os fatores que podem impedir o paciente de tomar os medicamentos prescritos.

Desenvolver estratégias com o paciente para melhorar a adesão ao regime medicamentoso prescrito.

Consultar outros profissionais da saúde para minimizar a quantidade e a frequência dos medicamentos necessários para um efeito terapêutico.

Ensinar ao paciente e à família o método de administração do medicamento, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente e/ou familiares a ação e os efeitos secundários esperados do medicamento.

Providenciar ao paciente e familiares informações escritas e ilustradas para melhorar a autoadministração dos medicamentos, conforme apropriado.

Desenvolver estratégias para controlar os efeitos adversos dos medicamentos.

Obter prescrição médica para automedicação do paciente, conforme apropriado.

Estabelecer um protocolo para o armazenamento, reabastecimento e controle dos medicamentos deixados à cabeceira da cama do paciente com fins de automedicação.

Investigar os prováveis recursos financeiros para compra dos medicamentos prescritos, conforme apropriado.

Determinar o impacto do uso dos medicamentos no estilo de vida do paciente.

Oferecer alternativas de horário e modalidades de automedicação dos medicamentos para minimizar os efeitos sobre o estilo de vida.

Auxiliar o paciente e a família a realizar os ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre o momento de buscar atendimento médico.

Identificar os tipos e as quantidades de medicamentos usados sem prescrição médica.

Informar sobre o uso de medicamentos sem prescrição médica e sobre a maneira como eles podem influenciar a condição existente.

Determinar se o paciente está utilizando remédios caseiros, feitos de acordo com a cultura popular, e os possíveis efeitos no uso dos medicamentos prescritos e não prescritos.

Revisar com o paciente as estratégias de controle do regime medicamentoso.

Oferecer ao paciente uma lista de recursos para contato caso haja necessidade de mais informações sobre o regime de medicamentoso.

Contatar o paciente e a família, após a alta, conforme apropriado, para responder a perguntas e discutir preocupações associadas ao regime medicamentoso.

Encorajar o paciente a fazer exames de triagem para determinar os efeitos dos medicamentos.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Abrams A.C., Pennington S.S., Lammon C.B. Clinical drug therapy: Rationales for nursing practice, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Craven R.F., Hirnle C.J. Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:513-574.

Le Sage J. Polypharmacy in geriatric patients. *Nursing Clinics of North America*. 1991;26(2):273-290.

Malseed R.T. Pharmacology drug therapy and nursing considerations, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1990.

Mathewson M.J. Pharmacotherapeutics: A nursing approach. Philadelphia: F.A. Davis, 1986.

Weitzel E.A. Medication management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing Interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:213-220.

Prescrição de MEDICAMENTOS (2390)

Definição: Prescrição de medicamentos para um problema de saúde.

Atividades:

Avaliar sinais e sintomas do atual problema de saúde.

Determinar histórico prévio de saúde e uso de medicamentos.

Identificar alergias conhecidas.

Determinar a capacidade do paciente/família para administrar medicamentos.

Identificar medicamentos indicados aos problemas presentes.

Prescrever medicamentos conforme a autoridade prescritiva e/ou o protocolo da instituição.

Escrever a prescrição utilizando o nome do medicamento e incluindo dose e orientações para sua administração.

Explicar abreviaturas mais difíceis, que podem ser facilmente mal compreendidas (p. ex., microgramas, miligramas, unidades).

Assegurar que as vírgulas decimais usadas nas dosagens sejam vistas com clareza, usando zeros na frente (p. ex., 0,2 *versus* 2).

Evitar o uso de zeros após a vírgula (p. ex., 2 *versus* 2,0).

Usar métodos eletrônicos de prescrição, se disponíveis.

Usar abreviaturas, acrônimos e símbolos padronizados.

Assegurar que todas as prescrições medicamentosas estejam escritas com precisão, de forma completa e com a discriminação necessária para o uso pretendido.

Seguir as recomendações quanto a doses iniciais dos medicamentos (p. ex., miligramas por kg de peso do corpo, área da superfície corporal, ou a menor dose eficaz).

Consultar o médico ou o farmacêutico, conforme apropriado.

Consultar os bulários e outras referências, quando necessário.

Consultar com representantes das empresas farmacêuticas conforme apropriado.

Ensinar ao paciente e/ou familiares o método de administrar o medicamento, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente e/ou familiares a ação e os efeitos adversos esperados do medicamento.

Oferecer alternativas de horário e de modalidade dos medicamentos autoadministrados para minimizar os efeitos no estilo de vida.

Orientar o paciente e a família sobre formas de preencher a prescrição, quando necessário.

Orientar o paciente/família sobre o momento de buscar assistência.

Monitorar efeitos terapêuticos e adversos do medicamento, conforme apropriado.

Manter conhecimento atualizado dos medicamentos usados na prática, inclusive indicações de uso, precauções, efeitos adversos, efeitos tóxicos e informação sobre dose, conforme exigência das regras e regulamentos de parte da autoridade prescritiva.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

- Anonymous. Issue: Nurses impact 2001: Recognizing nursing's independent license: Prescriptive authority for APNs. *Michigan Nurse*. 2001;74(3 Suppl):13-14.
- Anonymous. ARNP prescriptive authority rules approved at joint meeting. *Washington Nurse*. 2001;31(2):24.
- Freeman G., editor Medication errors related to poor communications. *Healthcare Risk Management*. 2002;24(1):9-10.
- Talley S., Richens S. Prescribing practices of advanced practice psychiatric nurses: Part 1 — demographic, educational, and practice characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001;15(5):205-213.
- Woodbridge H.B. Basics of prescription writing. In: Rakel R.E., editor. *Essentials of family practice*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998:166-171.

Reconciliação de MEDICAMENTOS (2395)

Definição: Comparação entre os medicamentos que o paciente tem em casa com as prescrições médicas no momento da admissão, transferência e/ou alta hospitalar de modo a garantir a exatidão e a segurança do paciente.

Atividades:

Usar um instrumento padronizado para obter todas as informações sobre medicamentos, inclusive os prescritos e não prescritos e os suplementos alimentares.

Conseguir um histórico completo de medicamentos, examinando os frascos ou lista de medicamentos, confirmando com o paciente e a família e/ou comunicando-se com médicos e farmacêutico quando necessário.

Documentar nome, dose, frequência e via do medicamento na lista de medicamentos.

Determinar quando os medicamentos foram tomados pela última vez.

Comparar a lista de medicamentos com as indicações e o histórico médico para garantir que seja precisa e completa.

Reconciliar os medicamentos em todos os momentos de transição, inclusive na admissão, nas transferências e na alta hospitalar.

Reconciliar os medicamentos com as mudanças no estado do paciente, ou com as mudanças na medicação.

Comunicar as discrepâncias aos profissionais que prescrevem, quando necessário.

Orientar o paciente e a família que mantenham uma lista atualizada dos medicamentos e a reconcilie com o médico a cada consulta, ou admissão hospitalar.

Orientar o paciente e a família a conseguirem todos os medicamentos em uma única farmácia para reduzir risco de erro.

Orientar o paciente e a família a terem papel ativo no controle dos medicamentos.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

- Gleason K., Groszek J., Sullivan C., Barnard C., Noskin G. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2004;61(16):1689-1695.
- Manno M., Hayes D. How medication reconciliation saves lives. *Nursing*. 2006;36(3):63-64.
- Sullivan C., Gleason K., Rooney D., Groszek J., Barnard C. Medication reconciliation in the acute care setting. *Journal of Nursing Care Quality*. 2005;20(2):95-98.
- Thompson C. JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2005;62(15):1528-1530.
- Young D. IMO panel reviews lessons for medication safety. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2005;62(13):1340-1341.

Definição: Colaboração com os médicos para oferecer cuidado qualificado ao paciente.

Atividades:

Estabelecer uma relação de trabalho profissional com a equipe médica.

Participar da orientação da equipe médica.

Auxiliar os médicos a conhecer as rotinas da unidade de cuidados do paciente.

Participar de programas educativos para a equipe médica.

Incentivar uma comunicação franca e direta entre médicos e enfermeiros.

Acompanhar os residentes e os médicos em rotinas não familiares.

Alertar os médicos em relação a mudanças nos procedimentos programados.

Discutir as preocupações com os cuidados ao paciente, ou assuntos relativos à prática, diretamente com o(s) médico(s) envolvido(s).

Auxiliar o paciente a manifestar as preocupações ao médico.

Informar as mudanças no estado do paciente, conforme apropriado.

Informar as variações na prática do médico no âmbito da garantia da qualidade ou do sistema de controle de riscos, conforme apropriado.

Participar de comitês multidisciplinares para tratar de assuntos clínicos.

Informar grupos adequados de médicos para estimular mudanças ou inovações na prática, sempre que necessário.

Acompanhar as solicitações médicas de novos equipamentos ou recursos.

Processar as mudanças na prática por meio de canais administrativos adequados, assim que os grupos de médicos tenham sido orientados sobre a necessidade de mudança.

Oferecer *feedback* ao médico sobre as mudanças na prática, no equipamento e na equipe.

Incluir os médicos nos treinamentos internos quanto a novos equipamentos e mudanças na prática.

Incentivar os médicos a participarem de programas educacionais cooperativos.

Usar projetos e comitês multidisciplinares, como fóruns de educação de médicos sobre questões relativas à enfermagem.

Oferecer apoio a pesquisas e atividades cooperativas de garantia da qualidade.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Alpert H.B., Goldman L.D., Kilroy C.M., Pike A.W. 7 Gryzmish: Toward an understanding of collaboration. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(1):47-59.

Baggs J., Schmitt M. Collaboration between nurses and physicians. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1988;20(3):145-149.

Burke M., Boal J., Mitchell R. A new look at the old. Communicating for better care: Improving nurse-physician communication. *American Journal of Nursing*. 2004;104(12):40-48.

Facilitação do Processo de MEDITAÇÃO (5960)

Definição: Facilitação do processo pelo qual uma pessoa altera seu nível de percepção por meio da focalização específica de uma imagem ou pensamento.

Atividades:

Preparar um ambiente calmo.

Orientar o paciente para sentar-se em posição confortável.

Orientar o paciente a fechar os olhos, se desejar.

Orientar o paciente a relaxar toda a musculatura e a permanecer relaxado.

Auxiliar o paciente a selecionar um recurso mental para ser repetido durante o procedimento (p. ex., repetição de uma palavra, como „um”).

Orientar o paciente a dizer o recurso mentalmente em silêncio a si mesmo enquanto expira pelo nariz.

Continuar o exercício respiratório concentrando-se no recurso mental escolhido (p. ex., „um”) enquanto necessário ou desejado.

Ao terminar, orientar o paciente a sentar-se em silêncio por vários minutos com os olhos abertos.

Informar o paciente para que ignore os pensamentos dispersos, voltando ao recurso mental utilizado.

Informar o paciente para fazer o procedimento uma ou duas vezes ao dia, mas esperando duas horas após as refeições.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Health and wellness. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:255-266.

Graves P., Lancaster J. Stress management and crisis intervention. In: Stanhope M., Lancaster J., editors. *Community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1992:612-631.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Complementary and alternative healing modalities. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:223-243.

McCaffery M., Beebe A. Pain. *Clinical manual for nursing practice*. St. Louis, MO: Mosby, 1989;194. 202-203

Treinamento da MEMÓRIA (4760)

Definição: Facilitação da memória.

Atividades:

Discutir com o paciente/família todos os problemas práticos vividos em relação à memória.

Estimular a memória pela repetição do último pensamento que o paciente expressou, conforme apropriado.

Recordar experiências passadas com o paciente, conforme apropriado.

Implementar técnicas memorização apropriadas, como imagem visual, recursos mnemônicos, jogos de memória, indicadores de memória, técnicas de associação, elaboração de listas, utilização de computador, ou etiquetas com nomes, ou ensaio de informações.

Auxiliar nas tarefas de aprendizagem associadas, como aprendizagem pela prática e recordação de informações verbais e pictóricas apresentadas, conforme apropriado.

Providenciar treinamento de orientação, como ensaio de informações pessoais e datas, conforme apropriado.

Dar oportunidade para concentração, como usos de jogos de combinação de pares de cartas, conforme apropriado.

Dar oportunidade para uso da memória de eventos recentes, como questionar ao paciente sobre um passeio recente.

Orientar a nova aprendizagem, como localizar aspectos geográficos em um mapa, conforme apropriado.

Proporcionar memória de reconhecimento de fotos/gravuras, conforme apropriado.

Estruturar os métodos de ensino, de acordo com a organização das informações do paciente.

Encaminhar à terapia ocupacional, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a participar de programas de grupo para treinamento da memória, conforme apropriado.

Monitorar o comportamento do paciente durante a terapia.

Identificar e corrigir erros de orientação com o paciente.

Monitorar as mudanças na memória a partir do treinamento.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Cognitive process. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1219-1252.

Drofman D.R., Ager C.L. Memory and memory training: Some treatment implications for use with the well elderly. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*. 1989;7(3):21-41.

Godfrey H.P.D., Knight R.G. Memory training and behavioral rehabilitation of a severely head-injured adult. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 1988;69:458-460.

Schmidt I.W., Dijkstra H.T., Berg I.J., Deelman B.G. Memory training for remembering names in older adults. *Clinical Gerontologist*. 1999;20(2):57-73.

Schmidt I.W., Berg I.J., Deelman B.G. Memory training for remembering texts in older adults. *Clinical Gerontologist*. 2000;21(4):67-90.

Estabelecimento de METAS Mútuas (4410)

Definição: Colaboração com o paciente para identificar e priorizar metas de cuidado, desenvolvendo, então, um plano para o alcance de tais metas.

Atividades:

Encorajar a identificação de valores específicos de vida.

Auxiliar o paciente e as pessoas importantes a desenvolverem expectativas realistas para si mesmos ao desempenharem seus papéis.

Determinar o reconhecimento do problema pelo próprio paciente.

Encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos e capacidades.

Auxiliar o paciente a identificar metas realistas e passíveis de serem alcançadas.

Construir e usar uma escala de alcance de metas, conforme apropriado.

Identificar as metas de cuidado com o paciente.

Estabelecer as metas utilizando termos positivos.

Auxiliar o paciente a fragmentar as metas complexas em etapas menores e passíveis de controle.

Reconhecer o sistema de crenças e valores do paciente ao estabelecer as metas.

Encorajar o paciente a construir suas metas com clareza, evitando o uso de alternativas.

Evitar a imposição de valores pessoais ao paciente ao estabelecer metas.

Explicar ao paciente que somente um comportamento deverá ser modificado por vez.

Auxiliar o paciente a priorizar (pensar) as metas identificadas.

Esclarecer com o paciente os papéis do profissional de cuidados de saúde e os do paciente, respectivamente.

Investigar com o paciente formas para melhor alcançar as metas.

Auxiliar o paciente na avaliação dos recursos disponíveis para o alcance das metas.

Auxiliar o paciente no desenvolvimento de um plano para atingir as metas.

Auxiliar o paciente a estabelecer prazos realistas.

Auxiliar o paciente a priorizar as atividades usadas para o alcance das metas.

Avaliar o nível atual de envolvimento do paciente em relação a cada meta.

Facilitar ao paciente a identificação de resultados esperados individualizados para cada meta.

Auxiliar o paciente a identificar um indicador específico de medida (p. ex., evento comportamental, social) para cada meta.

Preparar resultados comportamentais para uso na escala de alcance de metas.

Auxiliar o paciente a concentrar-se mais nos resultados esperados que nos desejados.

Encorajar a aceitação da satisfação parcial de uma meta.

Elaborar uma escala com níveis superiores e inferiores relacionados aos resultados esperados para cada meta.

Identificar os níveis da escala que estejam definidos por eventos comportamentais ou sociais para cada meta.

Auxiliar o paciente a especificar o período em que cada indicador será medido.

Investigar com o paciente métodos de mensurar o progresso em direção às metas.

Coordenar com o paciente datas de revisão periódica para a avaliação do progresso em direção às metas.

Revisar a escala (conforme elaborada com o paciente) durante as datas de revisão da avaliação do progresso.

Calcular o escore de alcance de metas.

Reavaliar as metas e o plano, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Boyd M.A. Psychiatric-mental health nursing interventions. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:218-232.
- Hefferin E.A. Health goal setting: Patient-nurse collaboration at Veterans Administration facilities. *Military Medicine*. 1979;144(12):814-822.
- Horsley J.A., Crane J., Haller K.B., Reynolds M.A. Mutual goal setting in patient care. In *CURN Project*. New York: Grune & Stratton; 1982.
- Simons M.R. Interventions related to compliance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):477-494. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- Stanley B. Evaluation of treatment goals: The use of goal attainment scaling. *Journal of Advanced Nursing*. 1984;9:351-356.
- Webster J. Client-centered goal planning. *Nursing Times*. 2002;98(6):36-37.

MICÇÃO Induzida (0640)

Definição: Promoção da continência urinária com o uso de lembretes verbais e cronometrados para usar o vaso sanitário e *feedback* social positivo relativo ao uso bem-sucedido do vaso sanitário.

Atividades:

Determinar a capacidade para reconhecer a urgência de urinar.

Manter um registro de especificações de continência durante três dias para estabelecer um padrão urinário.

Usar com pacientes que não evidenciem sinais e sintomas de fluxo excessivo e/ou incontinência urinária reflexa.

Estabelecer um intervalo da agenda de início da micção induzida com base no padrão de eliminação urinária.

Fixar o horário de início e fim da agenda de micção induzida quando não for de 24 horas.

Aproximar-se a 15 minutos dos intervalos prescritos de micção induzida.

Dar tempo (cinco segundos) para autoiniciar uma solicitação de auxílio na higiene íntima.

Determinar a percepção do paciente quanto ao estado de continência, perguntando a ele se está seco ou molhado.

Determinar a exatidão da resposta checando, fisicamente, as roupas ou a roupa de cama, conforme apropriado.

Oferecer *feedback* positivo diante de exatidão da resposta da condição de continência e o sucesso por manter a continência entre os horários estabelecidos para a higiene íntima.

Incitar (máximo de três vezes) ao uso do vaso sanitário ou substituto, independentemente do estado de continência.

Oferecer auxílio na higiene íntima, independente do estado de continência.

Oferecer privacidade para o uso do vaso sanitário.

Dar *feedback* positivo, elogiando o comportamento desejado de uso do vaso sanitário.

Evitar comentar a incontinência ou a recusa a usar o vaso sanitário.

Informar o paciente sobre o horário da próxima sessão de uso do vaso sanitário ou higiene íntima.

Ensinar o paciente a, de forma consciente, segurar a urina entre as sessões de uso do sanitário se ele não apresentar prejuízo cognitivo.

Ensinar o paciente a autoiniciar as solicitações para uso do vaso sanitário em resposta à urgência de urinar.

Documentar os resultados da sessão de uso do vaso sanitário no prontuário clínico.

Discutir o registro de continência com os profissionais para oferecimento de reforço e encorajamento da obediência à agenda de micção induzida semanalmente e sempre que necessário.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Colling J., Ouslander J., Hadley B.J., Eisch J., Campbell E. The effects of patterned urge response toileting (PURT) on urinary incontinence among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1992;40:135-141.

Kaltreider D.L., Hu T.W., Igou J.F., Yu L.C., Craighead W.E. Can reminders curb incontinence? *Geriatric Nursing*. 1990;11(1):17-19.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1255-1290.

Lyons S.S., Specht J.K.P. Research-based protocol: Prompted voiding for persons with urinary incontinence. Iowa City, IA: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, 1999.

Palmer M., Bennett R., Marks J., McCormick K., Engel B. UI: A program that works. *Journal of Long Term Care Administration*. 1994;22(2):19-25.

Specht J.P., Maas M.L. Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., Tripp-Reimer T., Titler M., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:252-278.

Assistência ao MORRER (5260)

Definição: Promoção de conforto físico e paz psicológica na fase final da vida.

Atividades:

Reduzir a demanda de funcionamento cognitivo quando o paciente estiver enfermo ou fatigado.

Monitorar o paciente quanto à ansiedade.

Monitorar as mudanças de humor.

Comunicar o desejo de falar sobre a morte.

Encorajar o paciente e a família a partilharem sentimentos sobre a morte.

Apoiar o paciente e a família durante os estágios de sofrimento e luto.

Monitorar a dor.

Minimizar o desconforto, se possível.

Medicar usando uma via alternativa quando surgirem problemas para deglutir.

Adiar as refeições quando o paciente estiver fatigado.

Oferecer líquidos e alimentos cremosos com frequência.

Oferecer alimentos conforme a cultura.

Monitorar a piora das capacidades físicas e/ou mentais.

Propiciar momentos frequentes de repouso.

Auxiliar nos cuidados básicos, conforme a necessidade.

Permanecer fisicamente próximo do paciente que está assustado.

Respeitar a necessidade de privacidade.

Modificar o ambiente com base nas necessidades e desejos do paciente.

Identificar as prioridades de cuidado do paciente.

Facilitar a obtenção de apoio espiritual ao paciente e às famílias.

Respeitar solicitações específicas de cuidado feitas pelo paciente e a família.

Apoiar os esforços da família para permanecer junto ao leito.

Incluir a família nas decisões e atividades de cuidado, se for o desejo.

Facilitar a conversa sobre providências para o enterro.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Jones K. Last touch. *Nursing*. 2001;31(10):44-45.

Klossner N.J., Hatfield N. The dying child. In *Introductory maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:559-616.

Timby B.K., Smith N.E. Caring for dying clients. In *Introductory medical-surgical nursing*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:102-111.

Cuidados Pós-MORTE (1770)

Definição: Oferecimento de cuidados físicos do corpo de paciente que morreu e apoio à família diante da visão do corpo.

Atividades:

Tirar todas as sondas, como convier.

Higienizar o corpo, se necessário.

Colocar forro de incontinência com firmeza sob as nádegas e entre as pernas.

Elevar um pouco a cabeceira da cama para evitar acúmulo de líquidos no rosto ou na cabeça.

Colocar dentadura na boca se possível.

Fechar os olhos.

Manter o alinhamento corporal correto.

Avisar os vários departamentos e funcionários, conforme a política.

Etiquetar os pertences do paciente e colocá-los em local adequado.

Avisar o religioso conforme solicitação da família.

Facilitar e oferecer apoio à visão do corpo pela família.

Oferecer privacidade e apoio aos familiares.

Responder às perguntas sobre doação de órgãos.

Identificar o corpo, conforme a política, após a saída da família.

Transferir o corpo para o necrotério.

Avisar o responsável local, como convier.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Loss, grieving, and death. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1032-1056.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Relaxamento MUSCULAR Progressivo (1460)

Definição: Facilitação da tensão e relaxamento de grupos musculares sucessivos ao mesmo tempo que presta atenção às diferenças consequentes nas sensações.

Atividades:

Escolher um cenário calmo e confortável.

Reduzir a iluminação.

Tomar as precauções para evitar interrupções.

Sentar o paciente em poltrona reclinável, ou deixá-lo confortável de outra forma.

Orientar o paciente para vestir roupas confortáveis e soltas.

Sondar se há lesões ortopédicas nas costas ou nuca a que a hiperextensão da porção superior da coluna traria desconforto e complicações.

Observar se há aumento da pressão intracraniana, fragilidade capilar, tendências a sangramento, dificuldades cardíacas agudas graves como hipotensão, ou outras condições em que músculos tensionados possam causar mais lesão fisiológica e modificar a técnica, como convier.

Orientar o paciente sobre o exercício de relaxamento mandibular.

Levar o paciente a contrair, por cinco a 10 segundos, cada um de oito a 16 grandes grupos musculares.

Contrair os músculos dos pés por não mais que cinco segundos para evitar câibras.

Orientar o paciente a concentrar-se nas sensações nos músculos enquanto contraídos.

Orientar o paciente a concentrar-se nas sensações musculares enquanto relaxados.

Checar, periodicamente, com o paciente de modo a garantir que o grupo muscular esteja relaxado.

Fazer o paciente contrair novamente o grupo de músculos se não tiver ocorrido relaxamento.

Monitorar ocorrência de indicações de não relaxamento, como movimento, respiração mais difícil, conversa e tosse.

Orientar o paciente a respirar profundamente e a, lentamente, expirar e aliviar a tensão.

Criar um „padrão” que auxilie o paciente a concentrar-se e a sentir-se confortável.

Concluir, pouco a pouco, a sessão de relaxamento.

Dar tempo para que o paciente expresse sentimentos relativos à intervenção.

Encorajar o paciente a praticar sozinho entre as sessões regulares, com o enfermeiro.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Greene J.A. The client with an anxiety disorder. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:445-470.

McCaffery M., Beebe A. Pain: Clinical manual for nursing practice. St. Louis, MO: Mosby, 1989.

Scandrett S., Uecker S. Relaxation training. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:434-461.

Snyder M. Progressive muscle relaxation. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/alternative therapies in nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 1998:1-13.

MUSICOTERAPIA (4400)

Definição: Uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica no comportamento, sentimentos ou fisiologia.

Atividades:

Definir a mudança específica desejada no comportamento e/ou fisiologia (p. ex., relaxamento, estimulação, concentração, redução da dor).

Determinar o interesse do indivíduo pela música.

Identificar as preferências musicais individuais.

Informar o indivíduo sobre a finalidade da experiência com a música.

Escolher músicas que representem as preferências individuais.

Ajudar o indivíduo a assumir uma posição confortável.

Limitar estímulos estranhos (p. ex., iluminação, visitas, telefonemas) durante a experiência de ouvir música.

Preparar gravações/CDs e equipamento para disponibilizar ao indivíduo.

Assegurar que o equipamento, os CDs e as gravações estejam em perfeitas condições de uso.

Providenciar fones de ouvido, quando indicado.

Assegurar que o volume esteja adequado, mas não alto demais.

Evitar ligar a música e deixá-la tocando por longos períodos.

Facilitar a participação ativa individual (p. ex., tocando um instrumento ou cantando), considerando seu desejo e a possibilidade de executá-lo no local.

Evitar música estimulante após lesão encefálica aguda.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

- Chlan L. Music therapy. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/alternative therapies in nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 1998:243-257.
- Craven R.F., Hirnle C.J. Cognitive processes. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1219-1252.
- Gerdner L.A., Buckwalter K.C. Music therapy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:451-468.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Complementary and alternative healing modalities. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:223-243.
- Fanabe P., Thomas R., Paice J., Spiller M., Marcantonio R. The effect of standard care, ibuprofen, and music on pain relief and patient satisfaction in adults with musculoskeletal trauma. *Journal of Emergency Nursing*. 2001;27(2):124-131.
- White J.M. Music as intervention: A notable endeavor to improve patient outcomes. *Nursing Clinics of North America*. 2001;36(1):83-92.

NASCIMENTO (6720)

Definição: Assistência no nascimento de um bebê.

Atividades:

Oferecer orientação antecipada para o nascimento.

Incluir pessoa(s) de apoio na experiência de nascimento, conforme apropriado.

Fazer exame vaginal para determinar a posição e localização do feto.

Manter o recato e a privacidade da paciente em ambiente calmo durante o parto.

Atender às solicitações da paciente quanto à condução do parto, quando elas forem coerentes com os padrões de cuidados perinatais.

Obter permissão da paciente e parceiro quando outros profissionais de saúde entrarem na sala de parto.

Ajudar a paciente a se posicionar para o parto.

Alongar o tecido perineal, conforme apropriado, para minimizar lacerações ou episiotomia.

Informar a paciente sobre a necessidade de episiotomia.

Administrar anestésico local antes do nascimento ou episiotomia, conforme indicado.

Fazer a episiotomia, conforme apropriado.

Orientar a paciente a respirar com rapidez (p. ex., respiração curta e rápida) com o coroamento da cabeça do feto.

Deixar passar a cabeça do feto, mantendo a flexão até o surgimento dos ossos parietais.

Apoiar o períneo durante o nascimento.

Verificar a presença de circular de cordão umbilical

Desfazer a circular de cordão umbilical conforme apropriado (p. ex., com grampo ou corte, ou passando sobre a cabeça).

Aspirar secreções das narinas e boca do bebê com pera de aspiração após a saída da cabeça.

Aspirar para ver se há líquido com manchas de mecônio, conforme apropriado.

Limpar e secar a cabeça do bebê após o nascimento.

Auxiliar a passagem dos ombros.

Usar manobras que liberem distocia de ombro (p. ex., pressão suprapúbica, ou manobra de McRobert), conforme apropriado.

Realizar lentamente a passagem do corpo do bebê.

Apoiar o corpo do bebê.

Clampar e cortar o cordão umbilical após o término das pulsações e se não houver contraindicação.

Retirar sangue do cordão umbilical para testar se é Rh negativo, ou se necessária avaliação dos gases sanguíneos do cordão.

Antecipar a expulsão espontânea da placenta.

Conferir o escore de Apgar no primeiro minuto.

Aplicar tração controlada ao cordão umbilical, ao mesmo tempo que protege o fundo do útero.

Examinar a cérvix quanto à ocorrência de lacerações após expulsão da placenta.

Administrar anestesia local antes da cirurgia reparadora, quando indicado.

Suturar a episiotomia ou lacerações, conforme apropriado.

Fazer exame retal para verificar a integridade tissular.

Examinar a placenta, membranas e cordão após o nascimento do bebê.

Estimar perdas de sangue após o parto.

Higienizar o períneo.

Aplicar forro ao períneo.

Elogiar os esforços da mãe e da pessoa de apoio.

Informar sobre a aparência e condições do bebê.

Encorajar expressão de perguntas ou preocupações sobre a experiência do parto e o recém-nascido.

Consultar o médico presente sobre indicadores de complicações reais ou potenciais.

Documentar os eventos do nascimento.

Assinar certificado de nascimento, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Adams C.J., editor. Nurse-midwifery: Health care for women and newborns. New York: Grune & Stratton, 1983.

Mattson S, Smith J.E., editors. Core curriculum for maternal-newborn nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Scott-Ricci S. Essentials of maternity, newborn and women's health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Varney H. Nurse-midwifery, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1987.

Preparo para o NASCIMENTO (6760)

Definição: Oferecer informações e apoio para facilitar o nascimento de filho e intensificar a capacidade da pessoa para desenvolver e desempenhar o papel de pai/mãe.

Atividades:

Ensinar à mãe e ao parceiro a fisiologia do trabalho de parto e nascimento.

Investigar o planejamento do nascimento da criança em relação ao parto e nascimento (p. ex., ambiente do nascimento, pessoa que dará assistência à mãe, cuidador, tecnologia a ser usada, pessoa a cortar o cordão umbilical, preferências alimentares e plano de alta).

Educar a mãe e o parceiro sobre os sinais de trabalho de parto.

Informar a mãe sobre o momento de ir ao hospital, preparando-a para o trabalho de parto.

Discutir com a mãe as opções de controle da dor.

Orientar a mãe sobre as etapas a serem implementadas se ela desejar evitar a episiotomia, como massagem do períneo, exercícios de Kegel, nutrição excelente e tratamento imediato da vaginite.

Informar a mãe sobre opções de nascimento diante de complicações.

Explicar o monitoramento de rotina que pode ocorrer durante o trabalho de parto e o nascimento.

Ensinar à mãe e parceiro técnicas de respiração e relaxamento a serem usadas durante o trabalho de parto e o nascimento.

Ensinar ao parceiro medidas de conforto à paciente durante o trabalho de parto (p. ex., massagem nas costas, pressão sobre as costas e posicionamento).

Preparar o parceiro para acompanhar a mãe durante o trabalho de parto e o nascimento.

Revisar as recomendações sobre amamentação preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Discutir as vantagens e desvantagens do aleitamento e da mamadeira para alimentar.

Orientar a mãe a preparar os mamilos para a amamentação, conforme indicação.

Encorajar a mãe a colocar o bebê para mamar após o nascimento.

Dar oportunidade para a mãe ficar próxima ao bebê durante a hospitalização pós-parto, de modo a facilitar o vínculo e o aleitamento.

Determinar o conhecimento e as atitudes dos pais sobre paternidade/maternidade.

Promover a autoeficiência dos pais para assumir os papéis de pai e mãe.

Oferecer orientação antecipada sobre paternidade/maternidade.

Discutir agendamentos para o cuidado dos outros filhos durante a hospitalização.

Determinar como o(a)s pai(mãe)s prepara(m) o(s) outro(s) filho(s) para a chegada do novo bebê, conforme apropriado.

Auxiliar os pais a planejarem estratégias para preparar os irmãos para a chegada do recém-nascido.

Encaminhar os pais para aulas sobre preparação dos irmãos.

Auxiliar os pais a escolherem o médico ou a clínica para a supervisão da saúde do recém-nascido.

Encorajar a mãe a conseguir uma cadeirinha de bebês segura e aprovada para o transporte do recém-nascido do hospital até a casa.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

American Academy of Pediatrics. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.

Bradley L., Horan M.J., Molloy P. Pregnancy and childbearing. In: Condon M.C., editor. *Women's health: Body, mind, spirit: An integrated approach to wellness and illness*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:463-499.

Kirkham C., Harris S., Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part 1. General prenatal care and counseling issues. *American Family Physician*. 2005;71(7):1307-1316. 1321-1322

Littleton L.Y., Engebretson J.C. Maternal, neonatal, and women's health nursing. Albany, NY: Delmar, 2002;477-489.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health care guideline: Routine prenatal care. Bloomington, MN: Author, 2005.

Wong D.L., Perry S.E., Hockenberry J.J. Maternal child nursing care. St. Louis, MO: Mosby, 2004.

Controle da NÁUSEA (1450)

Definição: Prevenção e alívio da náusea.

Atividades:

Encorajar o paciente a monitorar sua experiência de náusea.

Encorajar o paciente a aprender estratégias de controle da náusea.

Realizar um levantamento completo da náusea, inclusive frequência, duração, gravidade e fatores precipitantes, utilizando instrumentos definidos pelo protocolo da instituição (Diário do Autocuidado, escalas analógicas visuais, escala descritiva de Duke e o formulário 2 do Índice de Náusea e Vômito).

Observar o surgimento de indicadores não verbais de desconforto, em especial em bebês, crianças e pessoas incapazes de comunicar-se, como as pessoas com a doença de Alzheimer.

Avaliar experiências anteriores de náusea (p. ex., enjoo na gravidez e em viagens de carro).

Obter histórico completo do tratamento anterior.

Obter histórico alimentar, incluindo as preferências pessoais, alimentos de que não gosta e preferências alimentares ditadas por sua cultura.

Avaliar o impacto da experiência de náusea na qualidade de vida (p. ex., apetite, atividade, desempenho profissional, responsabilidade dos papéis e sono).

Identificar os fatores (p. ex., medicação e procedimentos) capazes de causar náusea ou contribuir para ela.

Assegurar que medicamentos antieméticos eficazes sejam dados para prevenir a náusea, quando possível (exceto a náusea relacionada à gravidez).

Controlar os fatores ambientais capazes de evocar a náusea (p. ex., odores e sons desagradáveis, estimulação visual desagradável).

Reduzir ou eliminar fatores pessoais que precipitem ou aumentem a náusea (p. ex., ansiedade, cansaço e falta de conhecimentos).

Identificar estratégias que tenham sido bem-sucedidas no alívio da náusea.

Demonstrar aceitação da náusea e cooperar com o paciente ao escolher uma estratégia para seu controle.

Considerar a influência cultural na reação da náusea ao implementar intervenções.

Encorajar a não tolerância à náusea, mas ser assertivo com os profissionais de cuidados de saúde quanto à obtenção de alívio farmacológico e não farmacológico.

Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas para o controle da náusea (p. ex., *biofeedback*, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, recreação, acupressão).

Encorajar o uso de técnicas não farmacológicas antes, durante e após quimioterapia, antes da ocorrência da náusea ou do seu aumento e junto de outras medidas de controle.

Informar outros profissionais de saúde e familiares a respeito de estratégias não farmacológicas utilizadas pela pessoa nauseada.

Promover repouso e sono adequados para facilitar o alívio da náusea.

Usar higiene oral frequente para promover conforto, a menos que estimule a náusea.

Encorajar o consumo de quantidades pequenas de alimento que seja tolerável pela pessoa nauseada.

Orientar sobre alimentos com elevado teor de carboidrato e baixo teor de gordura, conforme apropriado.

Oferecer líquidos frios e incolores e alimentos inodoros e com poucas cores, conforme apropriado.

Monitorar a ingestão, registrando o conteúdo nutricional e as calorias.

Pesar com regularidade o paciente.

Informar sobre a náusea, suas causas e duração.

Auxiliar na busca e oferta de apoio emocional.

Monitorar os efeitos do controle da náusea ininterruptamente.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Fessele K.S. Managing the multiple causes of nausea and vomiting in the patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1996;23(9):1409-1417.

Grant M. Nausea, vomiting, and anorexia. *Seminars in Oncology Nursing*. 1987;3(4):227-286.

Hogan C.M. Advances in the management of nausea and vomiting. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(2):475-497.

Hablonski R.S. Nausea: The forgotten symptom. *Holistic Nursing Practice*. 1993;7(2):64-72.

Larson P., Halliburton P., Di Julio J. Nausea, vomiting, and retching. In: Carrier-Kohlman V., Lindsey A.M., West C.M., editors. *Pathophysiological phenomena in nursing human responses to illness*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Rhodes V.A. Nausea, vomiting, and retching. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(4):255-274.

Timby B.K., Smith N.E. Caring for clients with disorders of the upper gastrointestinal tract. In *Introductory medical-surgical nursing*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:821-846.

Controle da NEGLIGÊNCIA Unilateral (2760)

Definição: Proteção e reintegração segura da parte do corpo afetada, ao mesmo tempo auxiliando o paciente a adaptar-se a alteração na capacidade de percepção.

Atividades:

Monitorar a ocorrência de reações anormais a três tipos primários de estímulos: sensoriais, visuais e auditivos.

Avaliar o estado mental, a compreensão, a função motora, a função sensorial, a duração da atenção e as respostas afetivas normais.

Proporcionar *feedback* realista sobre o déficit de percepção do paciente.

Realizar os cuidados pessoais de forma coerente com toda a explicação.

Garantir que as extremidades afetadas estejam posicionadas de modo correto e seguro.

Adaptar o ambiente à deficiência, focalizando o lado afetado durante o período agudo.

Supervisionar e/ou auxiliar nas transferências e deambulações.

Tocar o ombro não afetado ao iniciar diálogo.

Colocar comida e bebida dentro do campo de visão virando o prato, se necessário.

Reorganizar o ambiente de modo a ser utilizado o campo visual direito ou esquerdo; acomodar itens pessoais, televisão ou material de leitura ao alcance da visão do lado não afetado.

Oferecer lembretes frequentes para redirecionar a atenção do paciente oferecendo indicadores ambientais.

Evitar movimentos rápidos no quarto.

Evitar a movimentação de objetos no quarto.

Posicionar a cama no quarto para que as pessoas se aproximem e cuidem do paciente pelo lado não afetado.

Manter erguida a lateral da cama no lado afetado, conforme apropriado.

Orientar o paciente a revisar o que estiver em seu campo visual da esquerda para a direita.

Proporcionar amplitude de movimentos e massagem no lado afetado.

Encorajar o paciente a tocar e a utilizar a parte do corpo afetada.

Consultar terapeuta ocupacional e fisioterapeutas a respeito do momento certo e das estratégias de facilitação da reintegração de partes e funções orgânicas negligenciadas.

Focalizar, de forma gradual, a atenção do paciente no lado afetado, à medida que ele demonstrar capacidade para compensar a negligência.

Trocar o lugar de objetos pessoais e realizar atividades para o lado afetado à medida que o paciente demonstrar capacidade para compensar a negligência.

Posicionar-se de pé do lado afetado ao deambular com o paciente à medida que ele demonstrar capacidade de compensar a negligência.

Auxiliar o paciente com as atividades cotidianas do lado afetado à medida que ele demonstrar capacidade de compensar a negligência.

Auxiliar o paciente no banho e arrumação pessoal iniciando pelo lado afetado à medida que o paciente demonstrar capacidade para compensar a negligência.

Focalizar os estímulos táteis e visuais no lado afetado à medida que o paciente demonstrar capacidade de compensar a negligência.

Orientar os cuidadores sobre as causas, os mecanismos e o tratamento da negligência unilateral.

Incluir a família no processo de reabilitação para apoiar os esforços do paciente e auxiliar nos cuidados, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Kalbach L.R. Unilateral neglect: Mechanisms and nursing care. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1991;23(2):125-129.

Matteson M.A., McConnell E.S. Gerontological nursing: Concepts and practice. Philadelphia, PA: W.B. Saunders, 1988.

Weitzel E.A. Unilateral Neglect. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:492-502.

Cuidado NEONATAL: no método canguru (6840)

Definição: Promoção da aproximação entre os pais e o bebê prematuro fisiologicamente estável pelo preparo dos pais e oferecimento de ambiente para contato pele com pele.

Atividades:

Conversar com os pais sobre a reação ao nascimento prematuro do filho.

Determinar a imagem que os pais fazem do bebê prematuro.

Determinar e monitorar o nível de confiança dos pais quanto a cuidar do bebê.

Incentivar os pais a iniciarem os cuidados do bebê.

Explicar os cuidados no método canguru e os benefícios aos pais.

Determinar se a condição fisiológica do bebê atende às orientações para participação nos cuidados pelo método canguru.

Preparar ambiente calmo, privativo e livre de correntes de ar.

Oferecer ao pai/mãe cadeira reclinável ou de balanço.

Fazer com que o pai/mãe vista roupas confortáveis e abertas na parte frontal.

Orientar o pai/mãe sobre formas de transferir o bebê da incubadora, cama aquecida ou berço e maneira de manusear os equipamentos e equipos, conforme apropriado.

Posicionar o bebê coberto com fralda na posição pronada, ereta sobre o peito do pai/mãe.

Enrolar as roupas do pai/mãe em torno do bebê, ou colocar cobertor sobre a criança, mantendo sua posição e temperatura.

Incentivar o pai/mãe a concentrar-se mais no bebê que no equipamento e outras tecnologias.

Incentivar o pai/mãe a massagear suavemente o bebê em posição pronada ereta, conforme apropriado.

Estimular o pai/mãe a balançar suavemente o bebê em posição pronada e ereta, conforme apropriado.

Encorajar a estimulação auditiva do bebê, conforme apropriado.

Reforçar o contato visual com o bebê, conforme apropriado.

Apoiar o pai/mãe ao acariciar e oferecer cuidados manuais ao bebê.

Encorajar o pai/mãe a segurar o bebê com as duas mãos, envolvendo-o.

Encorajar o pai a identificar indicadores comportamentais do bebê.

Mostrar ao pai/mãe mudanças na condição do bebê.

Orientar o pai/mãe a reduzir as atividades quando o bebê evidenciar sinais de excesso de estímulos, sofrimento ou rejeição.

Encorajar o pai/mãe a deixar o bebê dormir durante o cuidado no método canguru.

Encorajar a amamentação durante o cuidado no método canguru, conforme apropriado.

Encorajar o pai/mãe a oferecer cuidados no método canguru de 20 minutos a três horas por vez, de maneira consistente, conforme apropriado.

Encorajar as mães em pós-parto a mudarem de posição e ficarem de pé a cada 90 minutos para evitar doença trombolítica.

Monitorar a reação emocional do pai/mãe ao cuidado no método canguru.

Monitorar a condição fisiológica do bebê (p. ex., cor, temperatura, frequência cardíaca e apneia) e interromper o cuidado no método canguru se o bebê se mostrar fisiologicamente comprometido ou agitado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Anderson G.C. Skin to skin: Kangaroo care in western Europe. *American Journal of Nursing*. 1989;89(5):662-666.

Anderson G.C. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology*. 1991;11(3):216-226.

Breitbach K.M. Kangaroo care. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:151-162.

Breitbach K.M. Development and validation of nursing activities in kangaroo care. Iowa City, Iowa: The University of Iowa, 1994. Master's thesis

Ludington-Hoe S. Energy conservation during skin-to-skin contact between premature infants and their mothers. *Heart & Lung*. 1990;19(5):445-451.

Ludington-Hoe S., Golant S. Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant. New York: Bantam Books, 1993.

Ludington-Hoe S.M., Thompson C., Swinth J., Hadeed A.J., Anderson G.C. Kangaroo care: Research results, and practice implication and guidelines. *Neonatal Network*. 1994;13(1):19-27.

Pillitteri A. Nursing care of a newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:679-721.

Whitelaw A. Kangaroo baby care: Just a nice experience or an important advance for preterm infants? *Pediatrics*. 1990;85(4):604-605.

Estimulação Elétrica NERVOSA Transcutânea (TENS) (1540)

Definição: Estimulação da pele e tecidos subjacentes com vibração elétrica controlada de baixa voltagem, via eletrodos.

Atividades:

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

Determinar se é adequada uma recomendação para TENS.

Discutir a terapia com o médico e conseguir a prescrição para TENS, se adequado.

Selecionar o local a ser estimulado levando em conta outros locais quando não for possível a aplicação direta (p. ex., adjacente a, distal a, entre áreas afetadas e o cérebro e contralateral).

Determinar a amplitude terapêutica, a frequência e a largura dos pulsos.

Oferecer instrução completa escrita e verbal sobre o uso da TENS e seu funcionamento.

Aplicar os eletrodos no local a ser estimulado.

Ajustar amplitude, frequência e/ou largura de pulsos a ajustes predeterminados indicados.

Manter a estimulação durante o intervalo predeterminado (contínua ou intermitente).

Orientar o paciente a ajustar o local e os dados numéricos de ajuste para obter a resposta desejada com base na tolerância individual, se adequado.

Observar a aplicação da TENS no paciente e o exame das superfícies da pele.

Examinar ou orientar o paciente a examinar os locais dos eletrodos em relação a uma possível irritação da pele a cada aplicação, ou, pelo menos, a cada 12 horas, conforme apropriado.

Usar a TENS sozinha ou com outras medidas, conforme apropriado.

Avaliar e documentar a eficácia da TENS para alterar a sensação de dor periodicamente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Herr K.A., Mobily P.R. Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):347-370. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

McCaffery M., Beebe A. Pain. Clinical manual for nursing practice. St. Louis, MO: Mosby, 1989;158-171.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Pain management. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:216-298.

Monitoração NEUROLÓGICA (2620)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para prevenir ou minimizar complicações neurológicas.

Atividades:

Monitorar o tamanho, formato, simetria e reação das pupilas.

Monitorar o nível de consciência.

Monitorar o nível de orientação.

Monitorar tendências da Escala de Coma de Glasgow.

Monitorar a memória recente, alcance da atenção, memória passada, humor, afeto e comportamentos.

Monitorar os sinais vitais: temperatura, pressão sanguínea, pulso e respirações.

Monitorar o estado respiratório: gasometria arterial, oximetria de pulso, profundidade, padrão, frequência e esforço respiratórios.

Monitorar os parâmetros hemodinâmicos invasivos, conforme apropriado.

Monitorar a PIC e a PPC.

Monitorar os reflexos da córnea.

Monitorar o reflexo de tosse e engasgos.

Monitorar o tônus muscular, movimentos motores, marcha e a propriocepção.

Monitorar a tendência do pronador.

Monitorar a força de agarrar.

Monitorar a ocorrência de tremores.

Monitorar a simetria facial.

Monitorar a protrusão da língua.

Monitorar a ocorrência de reação subseqüentes.

Monitorar as características dos MEOs (movimentos extraoculares) e da expressão do olhar.

Monitorar a ocorrência de distúrbios visuais: diplopia, nistagmo, cortes no campo visual, visão embaçada e acuidade visual.

Monitorar queixas de cefaleia.

Monitorar as características da fala: fluência, presença de afasias ou dificuldade para encontrar as palavras.

Monitorar a reação a estímulos: visuais, táteis e nocivos.

Monitorar a distinção entre afiado/não afiado, ou frio/quente.

Monitorar a ocorrência de parestesias: entorpecimento e formigamento.

Monitorar o sentido olfativo.

Monitorar padrões de transpiração.

Monitorar a reação de Babinski.

Monitorar a reação de Cushing.

Monitorar a drenagem do curativo de craniotomia/lamicentomia.

Monitorar a reação aos medicamentos.

Consultar colegas de trabalho para confirmar dados, conforme apropriado.

Identificar padrões emergentes nos dados.

Aumentar a frequência do monitoramento neurológico, conforme apropriado.

Evitar atividades que aumentem a pressão intracraniana.

Espaçar as atividades de enfermagem que aumentem a pressão intracraniana.

Notificar o médico diante de mudança na condição do paciente.

Instituir protocolos de emergência, quando necessário.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

- Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- Ammons A.M. Cerebral injuries and intracranial hemorrhages as a result of trauma. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(1):23-34.
- Crimlisk J.T., Grande M.M. Neurologic assessment skills for the acute medical surgical nurse. *Orthopaedic Nursing*. 2004;23(1):3-11.
- Crosby L., Parsons L.C. Clinical neurologic assessment tool: Development and testing of an instrument to index neurologic status. *Heart & Lung*. 1989;18(2):121-125.
- Lehman C.A., Hayes J.M., LaCroix M., Owen S.V., Nauta H.J. Developing and implementation of a problemfocused neurological assessment system. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2002;35(4):185-192.
- Mitchell P.H., Ackerman L.L. Secondary brain injury reduction. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:558-573.
- Timby B.K., Smith N.E. Introduction to the nervous system. In *Introductory medical-surgical nursing*, 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:653-665.
- Titler M.G. Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):495-516. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Promoção da NORMALIDADE (7200)

Definição: Auxílio aos pais e a outros membros da família, de crianças com doenças crônicas ou incapacitantes no oferecimento de experiências normais de vida aos filhos e às famílias.

Atividades:

Promover o desenvolvimento da participação da criança como membro da família sem permitir que ela se torne o foco central familiar.

Auxiliar a família a encarar a criança, primeiro, como uma criança, em vez de uma pessoa com doença crônica ou deficiência.

Oferecer oportunidades para que a criança tenha as experiências normais da infância.

Encorajar a interação com crianças normais.

Não enfatizar a singularidade da condição da criança.

Encorajar os pais a fazerem com que a criança pareça o mais normal possível.

Auxiliar a família a evitar situações potencialmente embaraçosas com a criança.

Auxiliar a família a fazer mudanças no ambiente doméstico que reduzam a lembrança das necessidades especiais da criança.

Determinar a possibilidade de acesso à atividade e a capacidade da criança de participar dela.

Identificar as adaptações necessárias para atender às limitações da criança, de modo que possa participar delas.

Informar sobre a condição da criança aos que necessitam dessas informações de modo a oferecer uma supervisão segura, ou oportunidades educativas adequadas à criança.

Auxiliar a família a alterar o regime terapêutico prescrito de modo a ajustar-se à programação normal, conforme apropriado.

Auxiliar a família a defender a criança no sistema escolar, garantindo acesso a programas educacionais adequados.

Encorajar a criança a participar das atividades escolares e comunitárias normais, conforme o nível de desenvolvimento e as capacidades da criança.

Encorajar os pais a terem as mesmas expectativas comuns de todos os pais e a usar técnicas para crianças afetadas, semelhante as demais crianças da família, conforme apropriado.

Encorajar os pais a passarem algum tempo com todos os filhos.

Envolver os irmãos nos cuidados e nas atividades da criança, conforme apropriado.

Determinar a necessidade de descanso dos pais e de outros cuidadores da criança.

Identificar os recursos na comunidade para providências que proporcionem descanso aos cuidadores.

Encorajar os pais a reservarem algum tempo no cuidado de suas necessidades pessoais.

Informar a família sobre a condição e tratamento da criança, bem como sobre grupos de apoio à família.

Encorajar os pais a equilibrarem o envolvimento em programas especiais para crianças com necessidades especiais e atividades familiares e comunitárias normais.

Encorajar a família a manter uma rede social normal e um sistema de apoio.

Encorajar a família a manter os hábitos, os rituais e as rotinas normais.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Bossert E., Holaday B., Harkins A., Turner-Henson A. Strategies of normalization used by parents of chronically ill school age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1990;3(2):57-61.

Knafl K.A., Deatrick J.A. How families manage chronic conditions: An analysis of the concept of normalization. *Research in Nursing & Health*. 1986;9:215-222.

Knafl K.A., Deatrick J.A., Kirby A. Normalization promotion. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:373-388.

Wong D.L. Whaley & Wong's essentials of pediatric nursing, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 1997:527.

Definição: Preparo e oferecimento de nutrientes intravenosos e monitoramento da resposta do paciente.

Atividades:

Ajudar na inserção de linha central.

Inserir cateter central intravenoso periférico conforme o protocolo da instituição.

Confirmar a colocação correta do cateter central intravenoso por meio de exame radiográfico.

Manter a desobstrução e o curativo da linha central, conforme o protocolo da agência.

Monitorar a ocorrência de infiltração e infecção.

Verificar a solução NPT para garantir a inclusão dos nutrientes corretos, conforme a prescrição.

Manter técnica estéril ao preparar e pendurar as soluções NPT.

Usar uma bomba de infusão para oferecimento das infusões NPT.

Manter uma taxa de fluxo constante da solução NPT.

Evitar, por meio de substituição rápida, atraso na solução NPT.

Monitorar o peso diariamente.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Monitorar a albumina sérica, a proteína total, eletrólitos e níveis de glicose e perfil bioquímico.

Monitorar os sinais vitais.

Monitorar a urina quanto a glicosúria, cetonúria e proteinúria.

Administrar insulina, conforme prescrito, para manter o nível da glicose sérica na variação estabelecida, conforme apropriado.

Informar sinais e sintomas anormais associados à NPT ao médico e modificar os cuidados conforme apropriado.

Manter precauções universais.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:941-981.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1170-1223.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Travenol Laboratories. Fundamentals of nutritional support. Deerfield, IL: Author, 1982.

Controle da NUTRIÇÃO (1100)

Definição: Auxílio ou oferta de ingestão nutricional equilibrada de alimentos e líquidos.

Atividades:

Perguntar se o paciente possui alguma alergia alimentar.

Determinar as preferências alimentares do paciente.

Determinar, junto ao nutricionista conforme apropriado, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais do paciente.

Encorajar a ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e estilo de vida.

Encorajar maior ingestão de alimentos com ferro, conforme apropriado.

Encorajar maior ingestão de proteínas, ferro e vitamina C, conforme apropriado.

Oferecer lanches (p. ex., bebidas, frutas frescas/suco de frutas com frequência), conforme apropriado.

Oferecer alimentos leves, cremosos e pouco temperados, conforme apropriado.

Oferecer substituto do açúcar, conforme apropriado.

Assegurar que a dieta inclua alimentos ricos em fibras para evitar constipação.

Oferecer temperos e condimentos como alternativas ao sal.

Oferecer ao paciente bebidas de consumo fácil e alimentos nutritivos, ricos em proteínas e calorias e que possam ser consumidos sem talheres, conforme apropriado.

Proporcionar a escolha dos alimentos.

Adaptar a dieta ao estilo de vida do paciente, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente formas de manter um diário alimentar quando necessário.

Monitorar a ingestão, registrando o conteúdo nutricional e as calorias consumidas.

Pesar o paciente a intervalos adequados.

Encorajar o paciente a usar dentaduras adequadamente ajustadas e/ou providenciar cuidados dentários.

Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e a forma de satisfazê-los.

Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.

Determinar a capacidade do paciente para satisfazer às suas necessidades nutricionais.

Ajudar o paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados comunitários apropriados, conforme a necessidade.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Dudek S.G. Nutrition essentials for nursing practice, 5th rev. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Mahan L.K. Krause's food nutrition and diet therapy. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996;403-423.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Whitney E.N., Cataldo C.B. Understanding normal and clinical nutrition, 3rd ed. St. Paul, MN: West Publishing, 1991.

Definição: Uso de processo interativo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta.

Atividades:

Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito.

Estabelecer a duração da relação de aconselhamento.

Determinar a ingestão alimentar e os hábitos alimentares do paciente.

Facilitar a identificação dos comportamentos alimentares a serem modificados.

Estabelecer metas realistas, de curto e longo prazos, para mudar a condição nutricional.

Usar os padrões nutricionais aceitos como auxílio para avaliar a adequação da ingestão alimentar.

Informar, quando necessário, sobre a necessidade de saúde para modificação da dieta: perda de peso, aumento de peso, restrição de sódio, redução do colesterol, restrição de líquidos etc.

Exibir, no quarto do paciente, guias alimentares (*i.e.*, a Pirâmide dos Alimentos).

Ajudar o paciente a analisar fatores como idade, estágio do crescimento e desenvolvimento, experiências alimentares anteriores, lesão, doença, cultura e recursos financeiros no planejamento de formas de satisfazer às necessidades nutricionais.

Discutir sobre o conhecimento do paciente a respeito dos quatro grupos alimentares básicos, bem como as percepções da necessidade de modificação da dieta.

Discutir sobre as exigências nutricionais e as percepções do paciente quanto à dieta prescrita/recomendada.

Discutir sobre as preferências e os alimentos de que o paciente não gosta.

Auxiliar o paciente a registrar o que costuma comer em 24 horas.

Revisar com o paciente medidas de ingestão e eliminação de líquidos, valores da hemoglobina, dados da pressão sanguínea, ou aumentos e perdas de peso, conforme apropriado.

Discutir sobre os hábitos de compra de alimentos e os limites orçamentários.

Discutir sobre o significado dos alimentos para o paciente.

Determinar atitudes e crenças de pessoas importantes sobre alimentos, ato alimentar e a mudança necessária na alimentação do paciente.

Avaliar o progresso das metas de modificação alimentar a intervalos regulares.

Auxiliar o paciente a declarar seus sentimentos e preocupações sobre o alcance das metas.

Elogiar os esforços para alcançar as metas.

Providenciar encaminhamentos/consultas com outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Monitoração NUTRICIONAL (1160)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para prevenir ou minimizar desnutrição.

Atividades:

Pesar o paciente a intervalos específicos.

Monitorar as tendências de aumento e perda de peso.

Monitorar tipo e quantidade de exercícios usuais.

Monitorar a reação emocional do paciente, quando colocado diante de situações que envolvam alimentos e refeições.

Monitorar as interações pais/filhos durante as refeições, conforme apropriado.

Monitorar o ambiente em que ocorrem as refeições.

Programar o tratamento e procedimentos para horários diferentes das refeições.

Monitorar a ocorrência de ressecamento da pele, com descamações e despigmentação.

Monitorar o turgor da pele, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de cabelos ressecados e finos, fáceis de cair.

Monitorar as gengivas quanto a edema, aspecto esponjoso, retração gengival e sangramento.

Monitorar a ocorrência de náusea e vômito.

Monitorar as medidas das dobras de pele: dobra do tríceps, circunferência muscular da porção média do braço e circunferência da porção média do braço.

Monitorar os níveis de albumina, proteína total, hemoglobina e hematócritos.

Monitorar os níveis de linfócitos e eletrólitos.

Monitorar as preferências e as escolhas alimentares.

Monitorar o crescimento e desenvolvimento.

Monitorar o nível de energia, mal-estar, cansaço e fraqueza.

Monitorar a ocorrência de palidez, rubor e ressecamento do tecido conjuntivo.

Monitorar a ingestão calórica e nutricional.

Monitorar as unhas em forma de colher, quebradiças e encurvadas.

Monitorar vermelhidão, inchaço e fissuras na boca/lábios.

Observar feridas, edema e papilas hipertróficas e hiperêmicas, na língua e na cavidade oral.

Observar se a língua está avermelhada, acinzentada ou áspera.

Observar ocorrência de mudanças importantes no estado nutricional e iniciar tratamentos, conforme apropriado.

Iniciar consulta nutricional, conforme apropriado.

Determinar se o paciente necessita ou não de dieta especial.

Proporcionar um ambiente com condições favoráveis durante as refeições.

Oferecer alimentos e líquidos nutritivos, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Dudek S.G. Nutrition essentials for nursing practice, 5th rev. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Whitney E.N., Cataldo C.B. Understanding normal and clinical nutrition, 3rd ed. St. Paul, MN: West Publishing, 1991.

Terapia NUTRICIONAL (1120)

Definição: Administração de alimentos e líquidos para sustentar os processos metabólicos de paciente desnutrido ou com alto risco para desnutrição.

Atividades:

Realizar uma avaliação nutricional, conforme apropriado.

Monitorar alimentos/líquidos ingeridos e calcular a ingestão calórica diária, conforme apropriado.

Monitorar a adequação das prescrições alimentares, de modo a atenderem às necessidades nutricionais diárias, conforme apropriado.

Determinar, com o nutricionista, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais, conforme apropriado.

Determinar as preferências alimentares, considerando as preferências culturais e religiosas.

Selecionar suplementos nutricionais, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a selecionar alimentos semipastosos quando a falta da saliva for obstáculo para a deglutição.

Encorajar a ingestão de alimentos ricos em cálcio, conforme apropriado.

Encorajar a ingestão de alimentos e líquidos ricos em potássio, conforme apropriado.

Assegurar que a dieta inclua alimentos ricos em fibras para evitar constipação.

Oferecer ao paciente alimentos que possam ser comidos sem talheres, que sejam ricos em proteínas, calorias, nutrientes, além de bebidas de fácil consumo, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a selecionar alimentos suaves, pouco condimentados e não ácidos, conforme apropriado.

Determinar a necessidade de alimentação via sonda enteral.

Administrar a alimentação enteral, conforme apropriado.

Interromper o uso de alimentações por sonda, à medida que for tolerada a ingestão oral.

Administrar líquidos hiperalimentares, conforme apropriado.

Assegurar a disponibilidade de dieta terapêutica progressiva.

Oferecer a nutrição necessária dentro dos limites da dieta prescrita.

Encorajar alimentos preparados em casa e levados ao hospital, conforme apropriado.

Sugerir tentativas de eliminar alimentos com lactose, conforme apropriado.

Oferecer temperos e condimentos como alternativa ao sal.

Estruturar o ambiente de modo a criar um clima agradável e relaxante.

Apresentar os alimentos de forma atraente, agradável, levando em conta a cor, a textura e a variedade.

Providenciar o cuidado oral antes das refeições, conforme necessidade.

Auxiliar o paciente a sentar-se antes de comer ou ser alimentado.

Monitorar os dados laboratoriais, conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família a respeito da dieta prescrita.

Encaminhar o paciente para ensino e planejamento da dieta, quando necessário.

Dar ao paciente e à família exemplos escritos da dieta prescrita.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. Standards of practice for nutrition support nurses. *Nutrition Support Nurses Standards*. 2001;16(1):56-62.

Bowers S. Nutrition support for malnourished, acutely ill adults. *MEDSURG Nursing*. 1999;8(3):145-146.

Cluskey M., Kim Y.K. Use and perceived effectiveness of strategies for enhancing food and nutrient intakes among elderly persons in long-term care. *Journal of the American Dietetic Association*. 2001;101(1):111-114.

Creamer K.M., Schotik Chan D., Sutton C., DeLeon C., Moreno C., Shoupe B.A. A comprehensive pediatric inpatient nutrition support package: A multidisciplinary approach. *Nutrition in Clinical Practice*. 2001;16(4):246-257.

Dudek S.G. Nutrition essentials for nursing practice, 5th rev. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Terapia OCUPACIONAL (4310)

Definição: Prescrição e assistência de atividades físicas, cognitivas, sociais e espirituais específicas para aumentar o alcance, a frequência ou a duração da atividade individual (ou grupo).

Atividades:

Colaborar com o terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e/ou terapeuta recreacional no planejamento e monitoramento de um programa de atividades, conforme apropriado.

Determinar o compromisso do paciente para aumentar a frequência e/ou alcance da atividade.

Auxiliar a investigar o significado da atividade usual (p. ex., trabalho) e/ou atividades de lazer preferidas.

Auxiliar na escolha de atividades compatíveis com as capacidades físicas, psicológicas e sociais.

Auxiliar o paciente a concentrar-se no que consegue fazer e não nas suas deficiências.

Auxiliar a identificar e obter recursos necessários para a atividade desejada.

Auxiliar a obter transporte para as atividades, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a identificar as preferências por atividades.

Auxiliar o paciente a identificar atividades significativas.

Auxiliar o paciente a agendar períodos específicos de atividade recreativa na rotina diária.

Auxiliar o paciente e a família a identificar déficits no nível de atividade.

Orientar o paciente e a família a respeito do papel da atividade física, social, espiritual e cognitiva na manutenção das funções e da saúde.

Orientar o paciente e a família sobre como realizar atividades desejadas ou prescritas.

Auxiliar o paciente e a família a adaptar o ambiente de modo a acomodar com a atividade desejada.

Oferecer atividades para aumentar o alcance da atenção, na consulta com terapia ocupacional.

Facilitar a substituição de atividades, quando o paciente apresentar limitações de tempo, energia ou movimentos.

Encaminhar para centros comunitários ou programas de atividade na comunidade.

Auxiliar nas atividades físicas regulares (p. ex., deambulação, viradas e cuidados pessoais), conforme apropriado.

Proporcionar atividades motoras amplas a paciente hiperativo.

Tornar seguro o ambiente para o movimento contínuo dos grandes músculos, conforme indicação.

Oferecer atividades motoras para aliviar tensão muscular.

Promover jogos grupais não competitivos, estruturados e ativos.

Promover o envolvimento em atividades físicas e recreativas voltadas à redução da ansiedade; canto em grupo, voleibol, tênis de mesa, caminhada, natação, tarefas simples e concretas, jogos simples, tarefas de rotina, tarefas de cuidados domésticos, atividades para se enfeitar, adivinhações, quebra-cabeças e cartas.

Oferecer reforço positivo pela participação nas atividades.

Auxiliar o paciente a desenvolver automotivação e autorreforço.

Monitorar a reação física, emocional, social e espiritual à atividade.

Auxiliar o paciente e a família a monitorar o próprio progresso na direção da meta.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Boyd M.A. Psychiatric-mental health nursing interventions. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:218-232.

Glick O.J. Interventions related to activity and movement. *Symposium on nursing interventions Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-568. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.)

MacNeil R., Teague M. Aging and leisure: Vitality in later life. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1987.

McFarland G.K., McFarlane E.A. Nursing diagnosis and intervention, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Warnick M.A. Acute care patients can stay active. *Journal of Gerontological Nursing*. 1985;11(3):31-35.

Cuidados com os OLHOS (1650)

Definição: Prevenção ou minimização de riscos aos olhos ou à integridade visual.

Atividades:

Monitorar a ocorrência de vermelhidão, exsudato ou úlcera.

Orientar o paciente a não tocar nos olhos.

Monitorar o reflexo da córnea.

Retirar as lentes de contato, conforme apropriado.

Aplicar protetor ocular, conforme apropriado.

Colocar tampões nos olhos, se necessário.

Alternar o tampão dos olhos para diplopia.

Aplicar gotas lubrificantes, conforme apropriado.

Aplicar unguento lubrificante, conforme apropriado.

Manter as pálpebras fechadas com fita adesiva, conforme apropriado.

Aplicar compressas úmidas, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions
- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- Craven R.F., Hirnle C.J. Self-care hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:703-752.
- Hickey J.V. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.
- Wincek J., Turnam M.S. Exposure keratitis in comatose children. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1989;21(4):241-244.

Manutenção da Saúde ORAL (1710)

Definição: Manutenção e promoção de higiene oral e saúde dentária a paciente com risco de desenvolver lesões orais ou dentárias.

Atividades:

Estabelecer uma rotina de cuidados orais.

Aplicar lubrificante para hidratar lábios e mucosas, quando necessário.

Monitorar os dentes quanto a cor, brilho e presença de resíduos.

Identificar o risco de desenvolvimento de estomatite secundária à terapia farmacológica.

Encorajar e auxiliar o paciente a enxaguar a boca.

Monitorar os efeitos terapêuticos do anestésico tópico, das pastas de dente para proteção oral e analgésicos tópicos ou sistêmicos, conforme apropriado.

Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário.

Monitorar os sinais e sintomas de glossite e estomatite.

Consultar o médico ou dentista sobre a readaptação de aparelhos ortodônticos e métodos alternativos de cuidado oral quando ocorrer irritação de mucosas orais em decorrência desses aparelhos.

Consultar o médico se persistir ressecamento, irritação e desconforto oral.

Facilitar a escovação dos dentes e o uso do fio dental a intervalos regulares.

Recomendar o uso de escova com cerdas macias.

Orientar a pessoa a escovar dentes, gengivas e língua.

Recomendar dieta saudável e ingestão adequada de água.

Providenciar consultas dentárias, quando necessário.

Auxiliar no cuidado de dentadura, quando necessário.

Encorajar usuários de dentadura a escovarem as gengivas e a língua e a enxaguarem diariamente a cavidade oral.

Desencorajar o hábito de fumar e de mascar tabaco.

Orientar o paciente a mascar chiclete sem açúcar para aumentar a salivação e limpar os dentes.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Locker D. Smoking and oral health in older adults. *Canadian Journal of Public Health*. 1992;83(6):429-432.

Payton L. The winning smile. *Arkansas Nursing News*. 2000;16(3):27-30.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills & techniques*, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:117-118. 132-140

Stiefel K.A., Damron S., Sowers N.J., Velez L. Improving oral hygiene for the seriously ill patient: Implementing research-based practice. *MEDSURG Nursing*. 2000;9(1):40-46.

Fitler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Walton J.C., Miller J., Tordecilla L. Elder oral assessment and care. *MEDSURG Nursing*. 2001;10(1):37-44.

Promoção da Saúde ORAL (1720)

Definição: Promoção da higiene oral e do cuidado dentário para paciente com saúde dentária e oral normal.

Atividades:

Orientar sobre a necessidade de uma rotina diária de cuidados orais.

Monitorar a mucosa oral regularmente.

Desencorajar o hábito de fumar e mascar tabaco.

Promover exames dentários regulares.

Ensinar e estimular o uso do fio dental.

Orientar o paciente a evitar a escovação excessiva das gengivas.

Auxiliar a escovar os dentes e enxaguar a boca, conforme a capacidade de autocuidado do paciente.

Remover, limpar e recolocar dentaduras quando necessário.

Aplicar lubrificante para hidratar lábios e mucosa oral, quando necessário.

Massagear as gengivas, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:686-687.

Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of nursing*, 2nd ed., St. Louis, MO: Mosby; 1989:836-845.

Fitler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Restauração da Saúde ORAL (1730)

Definição: Promoção da cicatrização em paciente com lesão na mucosa oral ou nos dentes.

Atividades:

Remover dentaduras em caso de estomatite grave.

Usar uma escova de dentes macia para remover resíduos dos dentes.

Usar palinetes para os dentes ou esponjas descartáveis para estimular as gengivas e limpar a cavidade oral.

Encorajar o uso do fio dental sem cera, diariamente, quando os níveis de plaquetas estiverem acima de 50.000/mm³.

Encorajar o enxágue frequente da boca com solução de bicarbonato de sódio, solução salina morna ou peróxido de hidrogênio.

Desencorajar o tabagismo e o consumo de álcool.

Monitorar lábios, língua, mucosas, fossas das amígdalas e gengivas quanto a hidratação, cor, textura, presença de resíduos e infecção utilizando uma lanterna e abaixador de língua.

Determinar a percepção do paciente quanto às mudanças no paladar, na deglutição, na qualidade da voz e no conforto.

Reforçar o regime de higiene oral como parte do ensino da alta hospitalar.

Orientar o paciente a evitar enxaguatórios orais.

Orientar o paciente a relatar imediatamente ao médico sinais de infecção.

Monitorar os efeitos terapêuticos de anestésicos tópicos, pastas de proteção oral e analgésicos tópicos ou sistêmicos, conforme apropriado.

Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário.

Monitorar o paciente a cada turno em relação a ressecamento da mucosa oral.

Auxiliar o paciente a selecionar alimentos cremosos, com pouco tempero e sem acidez.

Aumentar os cuidados da boca a cada duas horas e duas vezes por noite, quando a estomatite não for controlada.

Monitorar sinais e sintomas de glossite e estomatite.

Consultar o médico se sinais e sintomas de glossite e estomatite persistirem ou piorarem.

Planejar refeições menores e mais frequentes; selecionar alimentos cremosos e servir a comida morna ou em temperatura ambiente.

Evitar o uso de soluções de glicerina com limão.

Aumentar a quantidade de líquido nas refeições.

Aplicar anestésicos tópicos, pastas de proteção oral e analgésicos sistêmicos ou tópicos, quando necessário.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Hygiene. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:697-755.

Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of nursing*, 2nd ed., St. Louis, MO: Mosby; 1989:836-845.

Titler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Captação de ÓRGÃOS (6260)

Definição: Orientação às famílias durante processo de doação de órgãos para assegurar a retirada, em momento certo, de órgãos vitais e tecidos para transplante.

Atividades:

Revisar políticas e procedimentos da instituição relativos à doação de órgãos.

Revisar o histórico médico do potencial doador quanto a contraindicações à doação.

Antecipar a adequação do órgão para doação, dependendo dos critérios de morte.

Determinar se o paciente possui um documento de doador.

Providenciar apoio emocional às famílias quando a doação for desejada, mas contraindicada.

Alertar a equipe de captação de órgãos sobre potencial doador.

Participar da obtenção de amostras para verificar a compatibilidade/adequação do doador.

Explicar os atuais critérios sobre morte cerebral em termos que os familiares possam compreender.

Obter o consentimento da família para doação de órgãos, conforme apropriado.

Cooperar com a família no preenchimento de formulários separados de consentimento que, especificamente, nomeiem os órgãos e tecidos autorizados para serem retirados.

Respeitar o luto da família.

Oferecer apoio emocional à família.

Responder as perguntas normalmente feitas sobre responsabilidade financeira em relação a critérios dos transplantes e duração do procedimento.

Agir de modo a preservar a viabilidade do órgão (p. ex., líquidos intravenosos e ventilação).

Participar dos procedimentos de captação de órgãos, conforme apropriado.

Providenciar cuidados pós-morte.

Permitir à família que veja o corpo após a morte, quando possível.

Participar de reuniões pós-procedimento.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Adams E.F., Just G., De Young S., Temmler L. Organ donation: Comparison of nurses' participation in two states. *American Journal of Critical Care*. 1993;2(4):310-316.

Chabalewski F., Norris M.K.G. The gift of life: Talking to families about organ and tissue donation. *American Journal of Nursing*. 1994;94(6):28-33.

Goodell A.S. Anencephalic tissue transplantation. *The Canadian Nurse*. 1993;89(5):36-38.

Grover L.E.K. The potential role of accident and emergency departments in cadaveric organ donation. *Accident and Emergency Nursing*. 1993;1(1):8-13.

Kawamoto K.L. Organ procurement in the operating room: Implications for perioperative nurses. *AORN Journal*. 1992;55(6):1541-1546.

Smith K.A. Demystifying organ procurement: Initiating the protocols, understanding the sequence of events. *AORN Journal*. 1992;55(6):1530-1540.

ORIENTAÇÃO Antecipada (5210)

Definição: Preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento e/ou situacional prevista.

Atividades:

Auxiliar o paciente a identificar uma possível crise desenvolvimental e/ou situacional iminente e os efeitos que ela possa ter na sua vida pessoal e familiar.

Orientar sobre desenvolvimento e comportamento normais, conforme apropriado.

Informar sobre expectativas realistas relativas ao comportamento do paciente.

Determinar os métodos usuais do paciente para resolver problemas.

Auxiliar o paciente a decidir sobre a forma de solucionar o problema.

Auxiliar o paciente a decidir sobre quem resolverá o problema.

Usar exemplos de casos para fortalecer as habilidades do paciente para resolver problemas, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a identificar os recursos e as opções disponíveis para o curso de ações, conforme apropriado.

Revisar com o paciente técnicas necessárias para enfrentar uma crise desenvolvimental ou situacional iminente, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a adaptar-se a mudanças antecipadas de papel.

Oferecer material de consulta rápida ao paciente (p. ex., materiais/panfletos educativos), conforme apropriado.

Sugerir livros para leitura do paciente, conforme apropriado.

Encaminhar o paciente para instituições comunitárias, conforme apropriado.

Agendar visitas estratégicas focalizando crises desenvolvimentais ou situacionais.

Agendar visitas extras a paciente com preocupações ou dificuldades.

Agendar chamadas telefônicas de acompanhamento para avaliar o sucesso ou necessidades de reforço.

Oferecer ao paciente número de telefone a ser usado em busca de auxílio se necessário.

Incluir a família/pessoas importantes, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:1269-1270.

Denehy J.A. Anticipatory guidance. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:53-68.

Rakel B.A. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):397-424. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Schulman J.L., Hanley K.K. Anticipatory guidance: An idea whose time has come. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987.

Smith C.E. Using the teaching process to determine what to teach and how to evaluate learning. In: Smith C.E., editor. *Patient education: Nurses in partnership with other health professionals*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1987:61-95.

ORIENTAÇÃO para a Realidade (4820)

Definição: Promoção da percepção que tem o paciente da identidade pessoal, do tempo e do ambiente.

Atividades:

Tratar o paciente pelo nome ao iniciar a interação.

Aproximar-se devagar do paciente e da parte frontal.

Usar um método calmo e lento ao interagir com o paciente.

Usar um método consistente (p. ex., firmeza delicada, amizade ativa, amizade passiva, objetividade e ausência de exigências) que reflita as necessidades e capacidades particulares do paciente.

Falar de forma diferente, com ritmo, volume e tom de voz adequados.

Fazer uma pergunta por vez.

Evitar frustrar o paciente com exigências além de sua capacidade (p. ex., perguntas repetidas sobre orientação que não possam ser respondidas, pensamento abstrato quando o paciente consegue pensar somente em termos concretos, atividades que não possam ser realizadas, tomada de decisão além da preferência ou capacidade).

Informar o paciente sobre pessoa, local e tempo, se necessário.

Apresentar a realidade de modo a preservar a dignidade do paciente (p. ex., dar uma explicação adequada, evitar discussão e tentativas de convencer o paciente).

Repetir o mais recente pensamento expresso pelo paciente, conforme apropriado.

Interromper a confabulação mudando o assunto, ou respondendo ao sentimento ou ao tema, mais do que ao conteúdo da conversa.

Dar uma instrução por vez.

Usar gestos e objetos para aumento da compreensão das comunicações verbais.

Envolver o paciente em atividades concretas „aqui e agora” (p. ex., atividades da vida diária) que foquem algo fora dele que seja concreto e voltado à realidade.

Dar indicadores físicos e posturais (p. ex., movimentar a mão do paciente por meio de movimentos necessários de escovação dos dentes), se necessário, para a realização da tarefa.

Estimular o uso de recursos que aumentem o *input* sensorial (p. ex., óculos, recursos auditivos e dentaduras).

Recomendar ao paciente que use as próprias roupas; auxiliar quando necessário.

Providenciar objetos que simbolizem a identidade de gênero (p. ex., bolsa ou boné), conforme apropriado.

Usar indicadores de gravuras para promover o uso correto dos itens.

Evitar situações novas quando possível.

Preparar o paciente para mudanças iminentes na rotina e no ambiente antes que ocorram.

Proporcionar repouso e sono adequados, inclusive um sono rápido durante o dia, quando necessário.

Oferecer cuidadores conhecidos do paciente.

Encorajar a família a participar dos cuidados com base nas capacidades, necessidades e desempenho.

Oferecer um ambiente físico e uma rotina regular.

Dar acesso a objetos familiares quando possível.

Etiquetar os itens no ambiente para promover o reconhecimento.

Modular os estímulos sensoriais humanos e ambientais (p. ex., sessões de visita, visualizações, sons, iluminação, odores e estimulação tátil), com base nas necessidades do paciente.

Usar indicadores ambientais (p. ex., sinais, fotos e gravuras, relógios, calendários e código de cores do ambiente) para estimular a memória, reorientar e promover comportamentos apropriados.

Retirar os estímulos, quando possível, criadores de percepções errôneas em determinado paciente (p. ex., quadros/fotos na parede e televisão).

Dar acesso a eventos noticiados atuais (p. ex., televisão, jornais, áudio e relatos verbais), quando adequado.

Envolver o paciente num cenário/aulas em grupo de orientação para a realidade, sempre que adequado e possível.

Dar educação psicológica à família e pessoas importantes a respeito da promoção de orientação à realidade.

Monitorar ocorrência de mudanças na orientação, na função cognitiva e comportamental e na qualidade de vida.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Bates J., Boote J., Beverley C. Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45(6):644-658.

Cacchione P.Z., Culp K., Laing J., Tripp-Reimer T. Clinical profile of acute confusion in the long-term care setting. *Clinical Nursing Research*. 2003;12(2):145-158.

Foreman M.D., Mion L.C., Trygstad L., Fletcher K. Delirium: Strategies for assessing and treating. In Mezey M., Fulmer T., Abraham I., Zwicker D.A., editors: *Geriatric nursing protocols for best practice*, 2nd ed., New York: Springer, 2003.

Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: A review. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11(5):575-584.

Minardi H., Hayes N. Nursing older adults with mental health problems: Therapeutic interventions — part 2. *Nursing Older People*. 2003;15(7):20-24.

Onder G., Zanetti O., Giacobini E., Frisoni G.B., Bartorelli L., Carbone G., Lambertucci P., Silveri M.C., Bernabei R. Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: Randomised control trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;187:450-455.

Thomas H., Feyz M., LeBlanc J., Brosseau J., Champoux M-C., Christopher A., Desormeaux N., Dorais L., Lin H. North star project: Reality orientation in an acute care setting for patients with traumatic brain injuries. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2003;18(3):292-302.

Videbeck S.L. Psychiatric mental health nursing, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Cuidados com OSTOMIAS (0480)

Definição: Manutenção da eliminação mediante um estoma e cuidados com o tecido circunjacente.

Atividades:

Orientar o paciente/pessoa importante quanto ao uso de dispositivo/cuidados de ostomia.

Fazer o paciente/pessoa importante demonstrar o uso do equipamento.

Auxiliar o paciente a obter o equipamento necessário.

Aplicar o dispositivo de ostomia de forma que se adapte de forma adequadamente, sempre que necessário.

Monitorar a cicatrização da incisão/estoma.

Monitorar as complicações pós-operatória, como obstrução intestinal, íleo paralítico, vazamentos anastomóticos, ou separação mucocutânea, conforme apropriado.

Monitorar a cicatrização do estoma/tecido circunjacente e a adaptação ao dispositivo de ostomia.

Trocar/esvaziar a bolsa de ostomia sempre que apropriado.

Irrigar a ostomia, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente no autocuidado.

Encorajar o paciente/pessoa importante a expressar os sentimentos e as preocupações sobre mudanças na imagem corporal.

Investigar os cuidados da ostomia pelo paciente.

Explicar ao paciente quais mudanças o cuidado da ostomia trará para sua rotina diária.

Auxiliar o paciente a planejar seu tempo com rotina de cuidados.

Orientar o paciente sobre as formas de monitorar as complicações (p. ex., ruptura mecânica, ruptura química, exantema, vazamentos, desidratação, infecção).

Orientar o paciente sobre mecanismos para reduzir odores.

Monitorar os padrões de eliminação.

Auxiliar o paciente a identificar fatores que afetam o padrão de eliminação.

Orientar o paciente/pessoa importante sobre a dieta adequada e as mudanças esperadas na função de eliminação.

Oferecer apoio e assistência enquanto o paciente desenvolve habilidades de cuidado do estoma/tecido circunjacente.

Ensinar o paciente a mastigar completamente os alimentos; a evitar alimentos que causaram problemas digestivos no passado; a adicionar novos alimentos à dieta, um de cada vez; e a consumir muitos líquidos.

Orientar sobre exercícios de Kegel caso o paciente tenha um reservatório íleo-anal.

Orientar o paciente a intubar e a drenar a bolsa indiana sempre que parecer cheia (a cada quatro a seis horas).

Discutir sobre as preocupações relativas à função sexual, conforme apropriado.

Encorajar visitas de pessoas do grupo de apoio nas mesmas condições.

Manifestar a confiança de que o paciente é capaz de retomar a vida normal com a ostomia.

Encorajar a participação em grupos de apoio a ostomizados após a alta.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Cuidados com os OUVIDOS (1640)

Definição: Prevenção ou minimização de riscos ao ouvido ou à audição.

Atividades:

Posicionar o bebê de modo que as orelhas fiquem encostadas à cabeça.

Monitorar a ocorrência de secreções nos ouvidos, conforme apropriado.

Irrigar o ouvido, conforme apropriado.

Evitar colocar objetos pontiagudos no ouvido.

Instilar gotas otológicas, conforme apropriado.

Orientar os pais sobre a forma de limpar os ouvidos do bebê.

Orientar os pais a monitorarem o filho com congestão nasal devido à possibilidade de infecções no ouvido.

Explicar a relação entre equilíbrio e ouvido interno, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de episódios de tontura associados a problemas auditivos, conforme apropriado.

Orientar os pais quanto à forma de observar infecções auditivas no bebê.

Orientar os pais sobre a importância de concluir o tratamento com antibióticos.

Orientar os pais a segurarem o bebê em posição ereta ao dar a mamadeira, para evitar refluxo para as trompas de Eustáquio.

Determinar se o cerúmen no canal auditivo está causando dor ou perda auditiva.

Instilar óleo mineral no ouvido para suavizar o cerúmen impactado antes da irrigação.

Irrigar o canal auditivo com Water-Pik® em ajuste baixo (ou dispositivo similar), usando água morna (26,6° C a 32,2° C), conforme apropriado.

Demonstrar a técnica correta para irrigar o ouvido aos pais/cuidador, conforme apropriado.

Monitorar a frequência das infecções auditivas.

Orientar os pais sobre a colocação de drenos, como possibilidade de tratamento médico, conforme apropriado.

Orientar os pais a evitarem imergir os ouvidos do filho na água com a presença de drenos.

Orientar os pais sobre a forma de administrar gotas otológicas, conforme apropriado.

Orientar os pais sobre a importância de exames auditivos rotineiros.

Orientar as crianças a não colocarem objetos estranhos nos ouvidos.

Orientar sobre a forma de monitorar e regular a exposição a um som muito alto.

Orientar o paciente a usar proteção auditiva em caso de exposição a ruído de alta intensidade.

Orientar o jovem sobre o perigo potencial decorrente de exposição a música alta, em especial, com fones de ouvido.

Instruir o paciente com orelhas perfuradas sobre formas de evitar infecção no local da inserção.

Estimular o uso de tampões auriculares ao nadar se o paciente for suscetível a infecções auditivas.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Self-care hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins; 2003:703-752.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Smith S., Duell D. *Clinical nursing skills*, 3rd ed. Los Altos, CA: National Nursing Review, 1992.

Watkins S., Moore T.H., Phillips J. Clearing impacted ears. *American Journal of Nursing*. 1984;84(9):1107.

OXIGENOTERAPIA (3320)

Definição: Administração de oxigênio e monitoramento de sua eficácia.

Atividades:

Retirar secreções nasais, orais e traqueais, conforme apropriado.

Restringir o uso do cigarro.

Manter vias aéreas desobstruídas.

Montar o equipamento de oxigênio e administrá-lo por meio de um sistema aquecido e umidificado.

Administrar oxigênio suplementar, quando necessário.

Monitorar o fluxo dos litros de oxigênio.

Monitorar a posição do dispositivo de distribuição de oxigênio.

Orientar o paciente sobre a importância de deixar ligado o dispositivo de distribuição de oxigênio.

Verificar periodicamente o dispositivo de distribuição de oxigênio para garantir que esteja sendo administrada a concentração prescrita.

Monitorar a eficácia da terapia com oxigênio (p. ex., oximetria de pulso, gasometria arterial), conforme apropriado.

Assegurar a reposição da máscara/cateter de oxigênio, sempre que o dispositivo for removido.

Monitorar a capacidade do paciente para tolerar a remoção do oxigênio enquanto se alimenta.

Trocar o dispositivo de administração de oxigênio de máscara para óculos/cateteres nasais, durante as refeições, conforme a tolerância.

Observar sinais de hipoventilação induzida por oxigênio.

Monitorar sinais de toxicidade do oxigênio e atelectasia por absorção.

Monitorar o equipamento de oxigênio para garantir que não interfira nas tentativas respiratórias do paciente.

Monitorar a ansiedade do paciente em relação à necessidade de oxigenoterapia.

Monitorar a fragmentação da pele em decorrência de fricção do dispositivo de oxigênio.

Oferecer oxigênio durante transporte do paciente.

Orientar o paciente a conseguir prescrição para oxigênio suplementar antes de viagens de avião ou às altitudes elevadas, conforme apropriado.

Consultar outros profissionais de saúde sobre o uso de oxigênio suplementar durante atividades e/ou sono.

Orientar o paciente e a família sobre o uso do oxigênio em casa.

Providenciar o uso de dispositivos de oxigênio que facilitem a mobilidade e ensinem o paciente a respeito deste dispositivo.

Optar por dispositivo alternativo de distribuição de oxigênio visando a um maior conforto, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Gottlie B.J. Breathing and gas exchange. In: Kinney M., Packa D., Dunbar S., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1988:160-192.

Lewis S.M., Collier I.C. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

Nelson D.M. Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):301-323. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Suddarth D. The Lippincott manual of nursing practice, 5th ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:210-226.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

U.S. Department of Health and Human Services. Unstable angina: Diagnosis and management. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1994.

Orientação aos PAIS: adolescentes (5562)

Definição: Assistência aos pais para compreenderem e ajudarem os filhos adolescentes.

Atividades:

Solicitar aos pais que descrevam as características de seu filho adolescente.

Discutir a relação pais/filho durante os primeiros anos de vida e os anos escolares.

Discutir a disciplina dos próprios pais quando eram adolescentes.

Ensinar as características fisiológicas, emocionais e cognitivas normais dos adolescentes.

Identificar as tarefas ou metas de desenvolvimento do período da adolescência.

Identificar os mecanismos de defesa mais utilizados por adolescentes, como negação e intelectualização.

Abordar os efeitos do desenvolvimento cognitivo do adolescente sobre o processamento de informações.

Abordar os efeitos do desenvolvimento cognitivo do adolescente sobre a tomada de decisões.

Fazer os pais descreverem métodos disciplinares usados antes dos anos da adolescência e suas sensações de sucesso com essas medidas.

Descrever a importância de assuntos de poder/controlar para os pais e os adolescentes durante a adolescência.

Ensinar aos pais habilidades essenciais de comunicação que aumentarão sua capacidade de criar empatia com o adolescente e ajudá-lo a solucionar problemas.

Ensinar aos pais métodos de comunicar seu amor ao filho adolescente.

Investigar relações entre a dependência dos pais e a dos adolescentes em relação ao grupo de amigos durante o período escolar.

Reforçar a normalidade da vacilação do adolescente entre o desejo de independência e a regressão à dependência.

Discutir os efeitos que a separação entre o adolescente e seus pais tem sobre as relações conjugais.

Partilhar estratégias de lidar com a percepção do adolescente sobre a rejeição dos pais.

Facilitar a expressão dos sentimentos dos pais.

Auxiliar os pais a identificarem razões de suas reações aos adolescentes.

Identificar vias de assistência ao adolescente para o lidar com a raiva.

Ensinar aos pais formas de utilizar o conflito para a compreensão mútua e o crescimento familiar.

Encenar estratégias para lidar com os conflitos familiares.

Conversar com os pais assuntos sobre os quais eles aceitarão comprometimento e outros em relação aos quais não podem

se comprometer.

Conversar sobre a necessidade e a legitimidade do estabelecimento de limites para os adolescentes.

Abordar estratégias de estabelecimento de limites aos adolescentes.

Ensinar os pais a usarem a realidade e as consequências para lidar com o comportamento do adolescente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craft M. Preference of hospitalized adolescents for information providers. *Nursing Research*. 1981;30(4):205-212.

Craft M. Talking to adolescents about health. *Children's Nurse*. 1983;1:1-3.

Craft M.J. Health care preferences of rural teens. *Journal of Pediatric Nursing*. 1987;2(1):3-13.

Craft M.J., Willadsen J.A. Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):517-540. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),

Symposium on nursing interventions

Pillitteri A. The family with an adolescent. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins; 2007:941-974.

Wong D.L. Whaley & Wong's essentials of pediatric nursing, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 1997:465-488.

Orientação aos PAIS: bebês (5568)

Definição: Orientação sobre a criação e cuidados alimentares e físicos durante o primeiro ano de vida do bebê.

Atividades:

Determinar o conhecimento dos pais e sua disposição e capacidade de aprender sobre cuidados do bebê.

Monitorar as necessidades de aprendizagem da família.

Oferecer orientações antecipadas sobre as mudanças do desenvolvimento durante o primeiro ano de vida.

Auxiliar o(s) pai(s) a desenvolver(em) maneiras de integrar o bebê ao sistema familiar.

Ensinar aos pais as habilidades de cuidados do recém-nascido.

Orientar os pais sobre o preparo de fórmulas para mamadeira e sua escolha.

Orientar os pais sobre o uso de chupetas.

Informar aos pais sobre o acréscimo de alimentos sólidos à dieta durante o primeiro ano de vida.

Orientar os pais sobre a suplementação adequada de flúor.

Informar sobre o surgimento dos dentes e a higiene oral no primeiro ano de vida.

Conversar sobre alternativas à mamadeira da noite para prevenir cáries nos dentes devido a seu uso.

Oferecer orientação antecipada sobre mudança nos padrões de eliminação durante o primeiro ano de vida.

Orientar os pais sobre formas de tratar e prevenir exantemas devido ao uso das fraldas.

Oferecer orientações antecipadas sobre mudanças nos padrões do sono durante o primeiro ano de vida.

Demonstrar maneiras pelas quais os pais podem estimular o desenvolvimento do bebê.

Encorajar os pais a segurarem o bebê, acariciarem, massagearem e tocarem seu bebê.

Encorajar os pais a conversarem com o bebê e a lerem para ele.

Estimular os pais a oferecerem estímulos visuais e auditivos agradáveis.

Encorajar os pais a brincarem com o bebê.

Dar exemplos de brinquedos seguros ou de objetos disponíveis em casa que possam ser usados como brinquedos.

Encorajar os pais a participarem de aulas sobre paternidade/maternidade.

Oferecer aos pais materiais escritos adequados às necessidades identificadas de conhecimentos.

Reforçar a capacidade dos pais para aplicarem o que aprendem nos cuidados com os filhos.

Oferecer aos pais apoio enquanto aprendem habilidades de cuidado dos filhos.

Auxiliar os pais a interpretar as indicações do bebê sejam elas não verbais, por meio de choro, ou „verbais”, por meio de suas vocalizações.

Fornecer orientação antecipatória sobre mudanças nos padrões de sono durante o primeiro ano.

Informar sobre as características comportamentais do recém-nascido.

Demonstrar aos pais os reflexos e explicar sua importância no cuidado do bebê.

Conversar sobre as capacidades de interação do bebê.

Auxiliar os pais a identificarem as características comportamentais do bebê.

Demonstrar as capacidades e os pontos positivos do bebê aos pais.

Explicar e demonstrar os estados do bebê.

Demonstrar técnicas para acalmar

Monitorar a habilidade dos pais para reconhecer as necessidades fisiológicas do bebê.

Reforçar comportamentos do papel do cuidador.

Reforçar as habilidades bem desempenhadas pelos pais nos cuidados do filho, promovendo confiança.

Oferecer aos pais informações sobre formas de tornar seguro o ambiente doméstico para o bebê.

Informar sobre necessidades de segurança do bebê em veículo automotivo.

Orientar os pais sobre a maneira de contatar os profissionais da saúde.

Marcar acompanhamento para uma a duas semanas após a consulta.

Informar sobre recursos da comunidade.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Evanston, IL: Author; 1992:91-116.

Barnes L.P. Infant care: Teaching the basics. *Maternal Child Nursing*. 1994;19(2):117.

Betz C.L., Hunsberger M.M., Wright S. Families with neonates. In: *Nursing care of children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994:107-142.

Denehy J.A. Anticipatory guidance. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:53-68.

Denehy J.A. Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):425-444. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),
Symposium on nursing interventions

Mott S.R., James S.R., Sperhc A.M. *Nursing care of children and families*, 2nd ed. Redwood City, CA: Addison-Wesley, 1990.

Pillitteri A. The family with an infant. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott
Williams & Wilkins; 2007:824-859.

Orientação aos PAIS: educando os filhos (5566)

Definição: Assistência aos pais para compreenderem e promoverem o crescimento e o desenvolvimento psicológico, físico e social do filho pequeno, do pré-escolar, e do filho/filhos em idade escolar.

Atividades:

Solicitar aos pais uma descrição das características comportamentais do(s) filho(os).

Conversar sobre as relações entre filho e pais.

Ensinar sobre características fisiológicas, emocionais e comportamentais normais de uma criança.

Identificar tarefas ou metas de desenvolvimento apropriadas para a criança.

Identificar os mecanismos de defesa mais utilizados em cada faixa etária.

Facilitar aos pais a discussão sobre métodos de disciplina disponíveis, sua seleção e os resultados alcançados.

Ensinar a importância de uma dieta equilibrada, de três refeições ao dia e de lanches nutritivos.

Revisar as exigências nutricionais para faixas etárias específicas.

Revisar com os pais questões referentes à higiene dentária.

Revisar com os pais questões referentes à aparência pessoal.

Revisar com os pais questões de segurança, como crianças que conversam com estranhos e a segurança relacionada à água e bicicleta.

Conversar sobre as maneiras como os pais podem auxiliar os filhos a lidarem com a raiva.

Conversar sobre os métodos que os pais podem utilizar para auxiliarem os filhos a manifestarem os sentimentos de forma positiva.

Auxiliar os pais a identificarem critérios de avaliação para os cuidados diários e os ambientes escolares.

Informar os pais sobre os recursos da comunidade.

Fornecer aos pais uma variedade de estratégias para uso ao lidar com o comportamento do filho.

Encorajar os pais a tentarem estratégias diferentes de criação dos filhos, conforme apropriado.

Encorajar os pais a observarem outros pais interagindo com os filhos.

Encenar técnicas de criação de filhos e habilidades de comunicação.

Encaminhar os pais a grupo de apoio ou aulas apropriadas, conforme apropriado.

Oferecer aos pais leituras/outras materiais que os ajudem a desempenhar seus papéis.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Hockenberry M., Tashiro J. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Licence K. Promoting and protecting the health of children and young people. *Child: Care, Health, and Development*. 2004;30(6):623-635.

Riesch S.K., Anderson L.S., Krueger H.A. Parent-child communication processes: Preventing children's healthrisk behavior. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2006;11(1):41-56.

Shelov S., Hannemann R.E. Caring for your baby, young child and adolescent through age 21. New York: Bantam, 1998.

Melhora do PAPEL (5370)

Definição: Assistência a paciente, pessoa importante e/ou família para melhorar as relações, com o esclarecimento e suplementação de comportamentos específicos de papéis.

Atividades:

Ajudar o paciente a identificar os vários papéis no ciclo de vida.

Ajudar o paciente a identificar o papel normal na família.

Ajudar o paciente a identificar períodos de transição de papéis ao longo do ciclo de vida.

Ajudar o paciente a identificar insuficiência de papéis.

Ajudar o paciente a identificar os comportamentos necessários para o desenvolvimento dos papéis.

Ajudar o paciente a identificar mudanças específicas nos papéis devido a doenças ou deficiências.

Ajudar filhos adultos a aceitar a dependência dos pais idosos e as mudanças dos papéis envolvidas, conforme apropriado.

Estimular o paciente a identificar uma descrição realista da mudança nos papéis.

Ajudar o paciente a identificar estratégias positivas de lidar com as mudanças nos papéis.

Facilitar a discussão de adaptações nos papéis da família como compensação de mudanças nos papéis de membro doente.

Ajudar o paciente a imaginar como determinada situação poderia ocorrer e como poderia evoluir determinado papel.

Facilitar o ensaio de papéis, levando o paciente a antecipar as reações dos outros à encenação.

Facilitar a discussão de como os papéis dos irmãos mudarão com a chegada do recém-nascido, conforme apropriado.

Oferecer oportunidades de alojamento conjunto para ajudar a esclarecer os papéis dos pais, conforme apropriado.

Facilitar a discussão das adaptações nos papéis relativas ao fato de os filhos saírem de casa (síndrome do ninho vazio), conforme apropriado.

Agir como modelo de papel para o aprendizado de novos comportamentos, conforme apropriado.

Facilitar oportunidades para o paciente encenar novos comportamentos.

Facilitar a discussão de expectativas entre o paciente e a pessoa importante, em papéis recíprocos.

Ensinar novos comportamentos necessários ao paciente/pais para o desempenho de papéis.

Facilitar interações com grupo de referência, como parte do aprendizado de novos papéis.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Bunten D. Normal changes with aging. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Reimer T.T., Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:615-618.

Ebersole P., Hess P., Touhy T., Jett K. Gerontological nursing & healthy aging, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Larsen P.D., Lewis P.R., Lubkin I.M. Illness behavior and roles. In: Lubkin I.M., Larsen P.D., editors. *Chronic illness: Impact and interventions*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006:23-44.

Mercer R.T. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004;36(3):226-232.

Miller J.F. Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness, 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2000.

Moorhead S.A. Role supplementation. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1985:152-159.

Cuidados durante o PARTO (6830)

Definição: Monitoramento e controle do primeiro e do segundo estágio do processo de nascimento.

Atividades:

Determinar se a paciente está ou não em trabalho de parto.

Determinar se as membranas foram rompidas.

Admitir a paciente na sala do parto.

Determinar o preparo e as metas da paciente quanto ao parto.

Encorajar a participação da família no processo de nascimento de forma coerente com as metas da paciente.

Preparar a paciente para o trabalho de parto conforme o protocolo, as solicitações do profissional e a preferência da paciente.

Cobrir a paciente para garantir sua privacidade durante o procedimento.

Fazer a manobra de Leopold para determinar a posição fetal.

Fazer os exames vaginais conforme apropriado.

Monitorar os sinais vitais maternos entre as contrações, conforme o protocolo da instituição ou as necessidades.

Auscultar o coração do feto a cada 30 a 60 minutos no início do trabalho de parto; a cada 15 a 30 minutos durante o parto e a cada cinco a 10 minutos no segundo estágio, dependendo da condição de risco.

Auscultar a frequência cardíaca fetal entre as contrações para estabelecer os dados iniciais.

Monitorar a frequência cardíaca fetal durante e após as contrações para detectar desacelerações ou acelerações.

Promover o monitoramento eletrônico fetal, conforme protocolo da instituição ou adequação, para obter outras informações.

Informar ao profissional responsável mudanças anormais na frequência cardíaca fetal.

Palpar as contrações para determinar a frequência, a duração, a intensidade e o período do repouso.

Encorajar a deambulação durante o início do trabalho de parto.

Monitorar o nível da dor durante o trabalho de parto.

Explorar as posições que melhorem o conforto materno e mantenham a perfusão placentária.

Ensinar técnicas de respiração, relaxamento e visualização.

Oferecer métodos alternativos para alívio da dor coerentes com as metas da paciente (p. ex., massagem simples, *effleurage*, aromaterapia, hipnose e estimulação nervosa elétrica transcutânea [TENS]).

Oferecer lascas de gelo ou pano úmido.

Estimular a paciente a esvaziar a bexiga a cada duas horas.

Auxiliar o acompanhante/membro da família a oferecer conforto e apoio durante o trabalho de parto.

Administrar analgésicos para promover conforto e relaxamento durante o trabalho de parto.

Observar os efeitos da medicação sobre a mãe e o feto.

Aconselhar as pacientes acerca das opções de analgesia que exijam encaminhamento para outro profissional.

Auxiliar na analgesia/anestesia local, conforme apropriado.

Realizar ou auxiliar a realizar amniotomia, conforme apropriado.

Auscultar a frequência cardíaca fetal antes e depois da amniotomia.

Reavaliar a posição do feto e do cordão umbilical após a amniotomia.

Documentar as características do líquido, a frequência cardíaca fetal e o padrão das contrações após ruptura espontânea ou provocada das membranas.

Limpar o períneo e trocar os absorventes, regularmente.

Monitorar o progresso do trabalho de parto, inclusive corrimento vaginal, dilatação da cérvix e a posição e descida do feto.

Manter a paciente e o acompanhante do trabalho de parto informados da evolução.

Explicar a finalidade das intervenções necessárias durante o parto.

Obter consentimento informado antes de procedimentos invasivos.

Monitorar o enfrentamento da família durante o trabalho de parto.

Fazer exame vaginal para determinar a dilatação completa da cérvix, a posição fetal e sua localização.

Ensinar técnicas de expulsão no segundo estágio do trabalho de parto com base no preparo e preferências da mãe em

relação ao nascimento.

Orientar durante o segundo estágio do trabalho de parto.

Monitorar o progresso dos esforços para empurrar, a descida do feto, a frequência cardíaca fetal e os sinais vitais maternos, conforme o protocolo da instituição.

Encorajar os esforços espontâneos para forçar para baixo durante o segundo estágio.

Avaliar os esforços para empurrar e a duração do tempo no segundo estágio.

Recomendar mudanças na forma de empurrar para melhorar a descida do feto.

Massagear o períneo para alongar e relaxar os tecidos.

Aplicar compressas mornas, conforme apropriado.

Auxiliar o profissional responsável na manutenção das atividades de apoio.

Preparar os instrumentos para o nascimento.

Documentar os eventos durante o trabalho de parto.

Notificar o profissional responsável sobre o momento adequado de iniciar a higiene das mãos, a fim de auxiliar o parto.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Martin E.J. Intrapartum management modules. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.

May K.A., Mahlmeister L.R. Maternal and neonatal nursing: Family-centered care, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994.

Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal heart rate auscultation. OGN nursing practice resource. Washington: Author, 1990.

Pillitteri A. Caring for a woman during vaginal birth. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:487-541.

Varney H. Nurse-midwifery, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1987.

Cuidados durante o PARTO: parto de alto risco (6834)

Definição: Assistência ao parto vaginal de múltiplos feitos ou malposicionados.

Atividades:

Informar a paciente e a pessoa de apoio sobre a antecipação de procedimentos e profissionais extras durante o nascimento.

Comunicar as mudanças na condição materna e fetal ao profissional responsável, conforme apropriado.

Preparar o equipamento apropriado, inclusive monitor eletrônico fetal, ultrassom, equipamento para anestesia, instrumentos para reanimação neonatal, fórceps (p. ex., de Piper) e berço aquecido para o bebê.

Notificar os demais assistentes para que auxiliem no nascimento (p. ex., neonatologista, enfermeiros de atendimento intensivo neonatal e anesthesiologista).

Oferecer auxílio para que a equipe obstétrica coloque roupas e luvas adequadas.

Continuar a intervenção para Monitoramento Eletrônico Fetal: Intraparto.

Acompanhar a expulsão durante o segundo estágio.

Alertar o profissional responsável sobre anormalidades nos sinais vitais maternos ou no(s) (s) traçado(s) cardíaco(s) do feto.

Encorajar a pessoa de apoio a auxiliar com as medidas de conforto.

Usar precauções universais.

Realizar a limpeza do períneo.

Realizar ou auxiliar a rotação manual da cabeça do feto da posição occipício posterior para a posição anterior, conforme apropriado.

Registrar a hora do nascimento do primeiro dos gêmeos ou do aparecimento da nádega no nível do umbigo.

Ajudar na amniotomia das membranas amnióticas adicionais, conforme necessário.

Continuar a monitorar a(s) frequência(s) cardíaca(s) fetal(is) do segundo ou terceiro feto.

Fazer o ultrassom para localizar a posição do feto, conforme apropriado.

Manter a cabeça do feto na mão para promover a flexão durante o nascimento de nádegas, conforme orientação do profissional responsável.

Apoiar o corpo ao mesmo tempo que o profissional responsável ajuda na saída do neonato seguinte.

Ajudar na aplicação de fórceps ou extrator a vácuo, quando necessário.

Auxiliar a administração de anestésico à mãe, conforme necessário (p. ex., intubação).

Registrar a hora do(s) nascimento(s).

Auxiliar a reanimar o neonato, conforme necessário.

Documentar os procedimentos usados para facilitar o nascimento (p. ex., anestesia, fórceps, extração a vácuo, pressão suprapúbica, manobra de McRobert e reanimação neonatal).

Explicar as características do recém-nascido relativas ao nascimento de alto risco (p. ex., contusão e marcas do fórceps).

Observar atentamente sinais de hemorragia pós-parto.

Auxiliar a mãe a recuperar-se da anestesia, conforme apropriado.

Estimular a interação dos pais com o(s) recém-nascido(s) logo após o nascimento.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Eganhouse D.J. Fetal monitoring of twins. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1992;21(1):16-22.

Gilbert E.S., Harmon J.S. *Manual of high risk pregnancy and delivery*. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Mattson S., Smith J.E., editors. *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Pillitteri A. The woman who develops a complication during labor and birth. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing*

Cuidados no PARTO Cesáreo (6750)

Definição: Preparo e apoio de paciente que dá à luz um bebê por cesariana.

Atividades:

Determinar a percepção da paciente e os preparativos para a cesariana, conforme apropriado.

Explicar os motivos da cesariana não planejada, conforme apropriado.

Encorajar a paciente a expressar sentimentos sobre a cesariana não planejada.

Informar sobre o procedimento e as sensações que serão vivenciadas.

Preparar-se para o nascimento por cesariana.

Preparar o abdome para o nascimento por cesariana.

Encorajar o pai a observar o parto, conforme apropriado.

Apoiar a paciente durante a cesariana.

Informar sobre como está transcorrendo o procedimento.

Informar sobre o bebê.

Dar oportunidade para ver ou segurar o bebê após o nascimento, conforme apropriado.

Levar a paciente à sala de recuperação, se indicado.

Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado.

Auxiliar a fazer exercícios para as pernas até o desaparecimento dos efeitos da anestesia.

Encorajar a paciente a manter os exercícios para as pernas até deambular.

Oferecer medicação para a dor para facilitar o repouso, o relaxamento, a lactação e os cuidados do bebê, conforme apropriado.

Oferecer terapia TENS (estimulador transcutâneo elétrico de nervos) à mãe em lactação para minimizar o uso de medicamentos, conforme apropriado.

Discutir os sentimentos da paciente e de pessoas importantes sobre o nascimento por cesariana.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Littleton L.Y., Engbretson J.C. Maternal, neonatal, and women's health nursing. Albany, NY: Delmar, 2002;694-695.

Olds S.B., London M.L., Ladewig P.A. Maternal-newborn nursing: A family centered approach, 4th ed. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1992.

Cuidados Pós-PARTO (6930)

Definição: Monitoramento e controle da paciente que recentemente deu à luz.

Atividades:

Monitorar os sinais vitais.

Monitorar lóquios quanto às características, quantidade, cheiro e presença de coágulos.

Monitorar a ocorrência de sinais de infecção.

Fazer a paciente esvaziar a bexiga antes do exame pós-parto.

Monitorar e registrar altura e firmeza do fundo do útero a cada 15 min/1 hora; depois, a cada 30 min/1 hora; em seguida, a cada 1 hora/4 horas e, finalmente, a cada 4 horas/24 horas.

Massagear suavemente o fundo do útero até que esteja firme, se necessário.

Tentar comprimir os coágulos até que o fundo do útero esteja firme.

Colocar o bebê junto ao seio materno para estimular a produção de ocitocina.

Monitorar o estado da episiotomia quanto a hiperemia, edema, equimose, corrimento e aproximação das bordas.

Encorajar banhos periódicos de assento para promover a cicatrização e o conforto perineal.

Colocar compressa de gelo/bolsa de gelo no períneo após o nascimento para minimizar edema.

Reforçar as técnicas adequadas de higiene perineal para prevenir infecção.

Encorajar o consumo de líquidos e fibras para prevenir constipação.

Encorajar a deambulação precoce para promover a mobilidade intestinal e prevenir tromboflebite.

Administrar analgésicos conforme prescrição médica para promover conforto e sono.

Programar atividades de enfermagem fora do período diário de descanso.

Orientar a paciente sobre exercícios pós-parto.

Encorajar a paciente a iniciar os exercícios pós-parto lentamente, aumentando-os conforme a tolerância.

Orientar a paciente sobre retomada das atividades da vida diária.

Encorajar a mãe a conversar sobre o trabalho de parto e o nascimento.

Auxiliar a paciente a adaptar a perda do filho idealizado e a aceitar a criança que nasceu, conforme apropriado.

Discutir os sentimentos que a mãe possa ter em relação ao bebê, conforme apropriado.

Demonstrar confiança na capacidade da mãe para cuidar do recém-nascido.

Colocar o recém-nascido no berçário durante a noite para promover o repouso materno, se desejado.

Informar a mãe sobre sintomas de depressão pós-parto que pode ocorrer após a alta.

Monitorar o surgimento de sintomas de depressão pós-parto.

Determinar como a paciente se sente quanto às mudanças no corpo após o nascimento.

Encorajar a paciente a retomar as atividades normais, conforme a tolerância.

Orientar a paciente a respeito de programa de controle do peso.

Suplementar o ensino da alta com informativos e livros sobre o assunto.

Oferecer orientações antecipadas sobre a sexualidade e o planejamento familiar.

Realizar as orientações da alta hospitalar.

Programar exames do recém-nascido e exames pós-parto antes da alta hospitalar.

Programar visita domiciliar de acompanhamento, se adequado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Littleton L.Y., Engbretson J.C. Maternal, neonatal, and women's health nursing. Albany, NY: Delmar, 2002;877-928.

Morten A., Kohl M., O'Mahoney P., Pelosi K. Certified nurse-midwifery care of the postpartum client: A descriptive study. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1991;36(5):276-288.

Olds S.B., London M.L., Ladewig P.A. Maternal-newborn nursing: A family-centered approach, 4th ed. Redwood City, CA: Addison-Wesley, 1992.

Indução do Trabalho de PARTO (6850)

Definição: Início ou intensificação do trabalho de parto por meio de métodos mecânicos ou farmacológicos.

Atividades:

Determinar a indicação médica e/ou obstétrica para a indução.

Revisar o histórico obstétrico em busca de informações pertinentes capazes de influenciar a indução, como idade gestacional e duração do trabalho de parto anterior e contraindicações, como placenta prévia completa, incisão uterina clássica e deformações da estrutura pélvica.

Monitorar os sinais vitais maternos e fetais antes da indução.

Realizar ou ajudar a realizar a aplicação de agentes mecânicos ou farmacológicos (p. ex., gel laminaria ou de prostaglandinas), a intervalos adequados, conforme necessário, para intensificar a prontidão da cérvix.

Monitorar a ocorrência de efeitos secundários dos procedimentos usados para aprontar a cérvix.

Reavaliar o estado da cérvix e verificar a apresentação antes de iniciar outras medidas de indução.

Realizar ou auxiliar amniotomia se a dilatação da cérvix for adequada e se houver o encaixe adequado.

Determinar a frequência cardíaca do feto por ausculta ou monitoramento eletrônico após a amniotomia e conforme o protocolo da instituição.

Estimular a deambulação se não houver contraindicações à mãe e ao feto.

Monitorar o início do trabalho de parto ou alterações na atividade uterina.

Iniciar medicação IV (p. ex., ocitocina) para estimular a atividade uterina, conforme necessário, após consulta médica.

Monitorar atentamente a evolução do trabalho de parto, ficando alerta a sinais de evolução anormal.

Evitar a hiperestimulação uterina infundindo ocitocina para obter uma frequência, duração e relaxamento adequados da

contração.

Observar sinais de insuficiência uteroplacentária (p. ex., desacelerações tardias), durante o processo de indução.

Reduzir ou aumentar estimulantes uterinos (p. ex., ocitocina), conforme necessário, ou de acordo com o protocolo da instituição, até o nascimento estar iminente.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Day M.L., Snell B.J. Use of prostaglandins for induction of labor. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1993;38(2):42S-48S.

Gilbert E.S., Harmon J.S. Manual of high risk pregnancy & delivery, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists. OGN nursing practice resource. The nurse's role in the induction/augmentation of labor. Washington, DC: Author, 1988.

Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Mattson S., Smith J.E., editors. Core curriculum for maternal-newborn nursing, 3rd ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2004.

Pillitteri A. The woman who develops a complication during labor and birth. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:588-618.

Pozaic S. Induction and augmentation of labor. In: Mandeville L.K., Troiano N.H., editors. *High-risk intrapartum nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1992:101-144. 287-288

Supressão do Trabalho de PARTO (6860)

Definição: Controle das contrações uterinas antes de 37 semanas de gestação para prevenir nascimento prematuro.

Atividades:

Revisar o histórico de fatores de risco, normalmente associados ao trabalho de parto prematuro (p. ex., gestação multifetal, anormalidades uterinas, histórico anterior de nascimento prematuro, mudança precoce da cérvix e irritabilidade uterina).

Determinar a idade do feto, com base no último período menstrual, na ultrassonografia inicial, nas medidas da altura do fundo uterino, e datas dos primeiros movimentos do feto e de seus batimentos cardíacos.

Questionar sobre o surgimento e a duração dos sintomas de trabalho de parto prematuro.

Perguntar sobre atividades anteriores ao início dos sintomas de trabalho de parto prematuro.

Determinar o estado das membranas amnióticas.

Realizar exame do colo para verificar a dilatação, apagamento, suavização e posição.

Palpar a posição do feto, sua localização e a apresentação.

Obter cultura de urina e da cérvix.

Documentar a atividade uterina, usando palpação, além de monitoramento eletrônico do feto.

Obter o peso materno inicial.

Posicionar a mãe de lado para otimizar a perfusão placentária.

Discutir sobre repouso no leito e limites à atividade durante a fase aguda da supressão do trabalho de parto.

Iniciar hidratação oral ou endovenosa.

Observar as contraindicações ao uso de tocolíticos (p. ex., corioamnionite, pré-eclâmpsia, hemorragia, morte fetal ou retardo grave do crescimento intrauterino).

Iniciar tocolíticos subcutâneos ou EV, conforme prescrição médica ou protocolo da instituição, se a hidratação não reduzir a atividade uterina.

Monitorar os sinais vitais maternos, a frequência cardíaca fetal e a atividade uterina, a cada 15 minutos, durante o início da administração do tocolítico IV.

Monitorar os efeitos secundários da terapia tocolítica, inclusive perda dos reflexos do tendão profundo, quando sulfato de magnésio for administrado.

Orientar a paciente e a família sobre os efeitos colaterais dos tocolíticos (p. ex., tremores, dor de cabeça, palpitações, ansiedade, náusea, vômito, rubor e calor).

Providenciar intervenções para reduzir os desconfortos dos efeitos secundários normais (p. ex., terapia relaxante, redução da ansiedade e toque terapêutico).

Orientar a paciente e a família a relatarem ao médicos efeitos secundários anormais dos tocolíticos (p. ex., dores no peito, falta de fôlego, taquicardia ou contrações recorrentes).

Obter ECG inicial, conforme apropriado.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Auscultar os pulmões.

Iniciar a administração oral ou subcutânea de tocolíticos, conforme a prescrição médica, após obter adequada imobilidade uterina.

Determinar o conhecimento do paciente e da família sobre o desenvolvimento fetal e nascimento prematuro, além da motivação para prolongar a gestação.

Envolver a paciente e a família no plano de cuidados em casa.

Iniciar as orientações para alta hospitalar quanto aos cuidados em casa, regime medicamentoso, restrições às atividades, dieta e hidratação, abstinência sexual e maneiras de evitar constipação.

Ensinar técnicas de palpação das contrações.

Providenciar material educativo escrito à paciente e à família sobre a situação da paciente.

Providenciar encaminhamentos para auxiliarem a família nos cuidados da criança, da manutenção da casa e a respeito de atividades recreativas, conforme apropriado.

Discutir os sinais de trabalho de parto prematuro e reforçar a necessidade de buscar cuidados, imediatos, se os sintomas retornarem e continuarem por uma hora.

Oferecer instruções escritas da alta, inclusive orientações claras sobre voltar a procurar atendimento médico.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

- Eganhouse D.J. Development of a nursing program for preterm birth prevention. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1994;23(9):756-766.
- Gilbert E.S., Harmon J.S. Manual of high-risk pregnancy & delivery, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.
- Nance N. Module 8: Caring for the woman at risk for preterm labor or with premature rupture of membranes. In: Martin E.J., editor. *Intrapartum management modules*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990:259-284.
- Pillitteri A. High-risk pregnancy: A woman who develops a complication of pregnancy. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:398-442.
- Wheeler D.G. Preterm birth prevention. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1994;39(2):665-805.

Promoção da PATERNIDADE/MATERNIDADE (8300)

Definição: Oferecimento de informações e apoio aos pais e coordenação de todos os serviços às famílias de alto risco.

Atividades:

Identificar e inscrever famílias de alto risco em programas de acompanhamento.

Encorajar as futuras mães a receberem cuidado pré-natal desde cedo e regularmente.

Visitar as mães no hospital antes da alta para começar a estabelecer uma relação de confiança e agendar a visita de acompanhamento.

Fazer as visitas domiciliares, conforme indicação, pelo nível de risco.

Auxiliar os pais a terem expectativas realistas, adequadas ao nível de desenvolvimento e capacidade da criança.

Auxiliar os pais na transição de papéis e nas expectativas quanto à paternidade/maternidade.

Encaminhar visitantes domiciliares do sexo masculino para trabalharem com os pais, conforme apropriado.

Oferecer orientação antecipada necessária em diferentes níveis do desenvolvimento.

Oferecer folhetos, livros e outros materiais para o desenvolvimento das habilidades dos pais.

Conversar sobre estratégias no controle do comportamento adequado à idade.

Auxiliar os pais a identificarem o temperamento singular do bebê.

Ensinar os pais a reagirem aos indicadores comportamentais evidenciados pelo bebê.

Modelar e estimular a interação dos pais com os filhos.

Encaminhar os pais a grupos de apoio, conforme apropriado.

Auxiliar os pais a desenvolverem, manterem e utilizarem sistemas sociais de apoio.

Escutar os problemas e as preocupações dos pais, sem fazer julgamentos.

Oferecer *feedback* positivo e sucessos estruturados relativos a habilidades de paternidade/maternidade para fortalecer a autoestima.

Auxiliar os pais a desenvolverem habilidades sociais.

Ensinar e modelar habilidades de enfrentamento.

Melhorar as habilidades de solução de problemas por meio da modelagem de papéis, de prática e reforço.

Providenciar brinquedos emprestados de brinquedotecas.

Monitorar o estado de saúde da criança, bem como seus exames de saúde e imunizações.

Monitorar o estado de saúde dos pais e as atividades de manutenção da saúde.

Providenciar transporte para consultas de saúde das crianças ou outros serviços, se necessário.

Encaminhar a recursos da comunidade, conforme apropriado.

Coordenar as instituições comunitárias que trabalham com a família.

Proporcionar acesso a treinamento profissional ou emprego, quando necessário.

Informar os pais sobre locais onde possam obter serviços de planejamento familiar.

Monitorar o uso regular e correto dos contraceptivos, conforme apropriado.

Auxiliar na procura por pessoas que cuidem dos filhos, conforme apropriado.

Providenciar dias de folga, conforme apropriado.

Encaminhar a centro de violência doméstica, se necessário.

Encaminhar para tratamento de abuso de substâncias, se necessário.

Coletar e registrar dados, conforme indicado, para acompanhamento e avaliação de programas.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- Clarke B.A., Strauss S.S. Nursing role supplementation for adolescent parents: Prescriptive nursing practice. *Journal of Pediatric Nursing*. 1992;7(5):312-318.
- Denehy J.A. Parenting promotion. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:99-118.
- Fuddy L., Thompson R.A. Healthy start: A statewide system of family support for the prevention of child abuse and neglect. In: Melton G.B., Thompson R.A., Small M.A., editors. *Toward a child-centered, neighborhood-based child protection system: A report of the consortium on children, families, and the law*. Westport, CT: Praeger; 2001:214-232.
- Hardy J.B., Streett R. Family support and parenting education in the home: An effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *Journal of Pediatrics*. 1989;115(6):927-931.
- Olds D.L., Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*. 1993;3(3):53-92.

Cuidados da PELE: local da doação (3582)

Definição: Prevenção de complicações de ferimento e promoção da cicatrização no local da doação.

Atividades:

Assegurar que tenham sido obtidos histórico e exame físico completos antes da cirurgia de enxerto de pele.

Providenciar o controle adequado da dor (p. ex., medicação, musicoterapia, recreação, massagem).

Incorporar técnicas de cicatrização em ferida úmida para autoenxertos de pele.

Cobrir o local da doação de autoenxertos de pele, após a cirurgia, com alginato e curativo transparente e semioclusivo, conforme o protocolo da agência.

Examinar diariamente o curativo, conforme o protocolo da agência.

Monitorar o aparecimento de sinais de infecção (p. ex., febre, dor) e outras complicações pós-operatórias.

Manter limpa, seca e livre de pressão a pele do doador.

Orientar o indivíduo a manter a pele suave e macia, usando cremes, a pele no local da doação (p. ex., lanolina, óleo de oliva).

Orientar o indivíduo a evitar expor a pele no local da doação a extremos de temperatura, trauma externo e luz solar.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Mendez-Eastman S.K. Skin grafting: Preoperative, intraoperative, and postoperative care. *Plastic Surgical Nursing*. 2001;21(1):49-51.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (vols I and II), 8th ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996:805. 1535-1536,

1567

Cuidados da PELE: local do enxerto (3583)

Definição: Prevenção de complicações em ferimento e promoção da cicatrização no local do enxerto.

Atividades:

Assegurar que histórico e exame físico completos tenham sido obtidos antes da cirurgia de enxerto da pele.

Aplicar curativos de algodão ou gaze para manter a tensão adequada sobre o local do enxerto, conforme o protocolo da instituição.

Oferecer controle adequado da dor (p. ex., medicação, musicoterapia, recreação, massagem).

Elevar o local do enxerto até o surgimento da circulação do enxerto no hospedeiro (cerca de uma semana); depois, deixar o local do enxerto em posição dependente por períodos de tempo cada vez maiores, conforme o protocolo da instituição.

Usar aspiração com agulha para retirar líquidos de debaixo do enxerto para manter contato íntimo entre o leito receptor e o enxerto, durante o período pós-operatório de revascularização.

Evitar „mover” as bolhas com líquido para as bordas do enxerto durante o período pós-operatório de revascularização.

Evitar atritos e forças de cisalhamento no local do novo enxerto.

Limitar a atividade do paciente a repouso ao leito até a aderência do enxerto.

Orientar o paciente a manter a parte afetada imobilizada o máximo possível durante a cicatrização.

Examinar o curativo diariamente, conforme o protocolo da instituição.

Monitorar cor, calor, retil capilar e turgor da pele quando não houver curativo.

Monitorar o aparecimento de sinais de infecção (p. ex., febre, dor) e outras complicações pós-operatórias.

Incorporar esforços agressivos para evitar o aparecimento de pneumonia, embolia pulmonar e úlceras de pressão no período de imobilidade.

Oferecer apoio emocional, compreensão e consideração ao paciente e aos familiares quando o enxerto não der certo.

Dar apoio ao paciente para manifestar, com adequação, a raiva, a hostilidade e a frustração, quando o enxerto não aderir.

Orientar o paciente sobre métodos de proteção da área do enxerto contra agressões mecânicas e térmicas (p. ex., exposição ao sol, uso de compressas de aquecimento).

Orientar o paciente a usar meias compressoras, compressas ou ataduras para proteger o local do enxerto.

Orientar os pacientes a aplicarem lubrificantes artificiais, com regularidade, ao local do enxerto, sempre que necessário.

Orientar o paciente no sentido de que a proteção ao local do enxerto pode ser necessária durante anos após o procedimento.

Orientar o paciente de que fumar reduz o suprimento de sangue à interface do leito receptor do enxerto e aumenta as chances de fracasso, tendo assim que ser evitado.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Donato M.C., Novicki D.C., Blume P.A. Skin grafting: Historic and practical approaches. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*. 2000;17(4):561-598.

Lewis S.M., Heitkemper M.M., Dirksen S.R. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2000:515-516. 543-544

Mendez-Eastman S.K. Skin grafting: Preoperative, intraoperative, and postoperative care. *Plastic Surgical Nursing*. 2001;21(1):49-51.

Smeltzer S.C., Bare B.G. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (vols I and II), 8th ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996:1534-1536. 1567

Waymack P., Duff R.G., Sabolinski M. The effect of a tissue engineered bilayered living skin analog, over meshed split-thickness autografts on the healing of excised burn wounds. *Burns*. 2000;26:609-619.

White L., Duncan G. Medical-surgical nursing: An integrated approach, 2nd ed., Albany, NY: Delmar; 2002:522.

Cuidados da PELE: tratamentos tópicos (3584)

Definição: Aplicação de substâncias tópicas ou manipulação de dispositivos para a promoção da integridade da pele e minimização de degradação da pele.

Atividades:

Evitar o uso de roupa de cama com textura áspera.

Limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado.

Vestir o paciente com roupas folgadas.

Cobrir a pele com talco medicinal, conforme apropriado.

Tirar esparadrapo e resíduos.

Oferecer suporte a áreas edemaciadas (p. ex., travesseiro debaixo dos braços e apoio escrotal), conforme apropriado.

Aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral sempre que necessário.

Esfregar costas/nuca, conforme apropriado.

Trocar o cateter com preservativo, conforme apropriado.

Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado.

Colocar forros para incontinência, conforme apropriado.

Massagear ao redor da área afetada.

Aplicar dispositivo de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário.

Cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado.

Proporcionar higiene íntima sempre que necessário.

Evitar providenciar aplicações de calor local.

Evitar o uso de sabonete alcalino na pele.

Imergir em banho coloidal, sempre que apropriado.

Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama.

Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme agenda específica.

Usar dispositivos sobre a cama (p. ex., pele de carneiro) que protejam o paciente.

Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado.

Aplicar talcos secantes a dobras de pele profundas.

Iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal sempre que necessário.

Aplicar curativo oclusivo transparente (p. ex., Tegaderm® e Duoderm®) sempre que necessário.

Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado.

Aplicar agente anti-inflamatório tópico à área afetada, conforme apropriado.

Aplicar emolientes à área afetada.

Aplicar agente antifúngico tópico à área afetada, conforme apropriado.

Aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado.

Pintar ou borrifar as verrugas com nitrogênio líquido, conforme apropriado.

Examinar diariamente a pele em pessoas com risco de degradação.

Documentar o grau de degradação da pele.

Adicionar umidade ao ambiente, usando umidificador se necessário.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Frantz R.A., Gardner S. Management of dry skin. *Journal of Gerontological Nursing*. 1994;20(9):15-18.

Hardy M.A. Dry skin care. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:34-47.

Kemp M.G. Protecting the skin from moisture and associated irritants. *Journal of Gerontological Nursing*. 1994;20(9):8-14.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Skin integrity and wound care. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle

Supervisão da PELE (3590)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas.

Atividades:

Examinar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem.

Observar as extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações.

Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado.

Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele (p. ex., escala Braden).

Monitorar cor e temperatura da pele.

Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios.

Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões.

Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos.

Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito.

Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas.

Examinar as roupas quanto à compressão.

Documentar mudanças na pele e mucosas.

Instituir medidas de prevenção de mais deterioração (p. ex., colchão sobreposto, agenda de reposicionamento).

Orientar os familiares/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

McCance K.L., Huether S.E. Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Potter P.A., Perry A.G. Fundamentals of nursing, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Taylor C., Lillis C., LeMone P. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Titler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Jorden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Exercícios para a Musculatura PÉLVICA (0560)

Definição: Fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital pela contração voluntária e

repetitiva para reduzir a incontinência urinária de esforço, de urgência ou ambos.

Atividades:

Determinar a capacidade para reconhecer a urgência miccional.

Orientar o paciente a contrair e, depois, relaxar o anel muscular em torno da uretra e do ânus, como se tentasse evitar o movimento urinário ou intestinal.

Orientar o paciente a evitar contrair o abdome, as coxas e as nádegas, prendendo a respiração ou fazendo esforço durante o exercício.

Assegurar que o paciente possa distinguir entre o esforço voluntário de contrair os músculos e o esforço involuntário de aliviar a musculatura.

Orientar a paciente do sexo feminino a identificar o músculo *levantador do ânus* e o urogenital, colocando um dos dedos da mão na vagina e pressionando.

Orientar o paciente a realizar exercícios de fortalecimento muscular, chegando a até 300 contrações diárias, mantendo cada contração por 10 segundos e descansando, pelo menos, 10 segundos entre cada contração, conforme o protocolo da instituição.

Informar ao paciente que há necessidade de seis a 12 semanas para que os exercícios mostrem resultado.

Oferecer *feedback* positivo pela realização dos exercícios recomendados.

Ensinar o paciente a monitorar a resposta aos exercícios tentando interromper o fluxo de urina uma vez por semana, no máximo.

Incorporar *biofeedback* ou estimulação elétrica à rotina dos pacientes selecionados diante de indicação de assistência para identificar os músculos corretos a serem contraídos e/ou para provocar a força desejada de contração muscular.

Oferecer instruções escritas que descrevam a intervenção e a quantidade recomendada das repetições.

Discutir, diariamente, o registro da continência com o paciente, oferecendo reforço.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

DeLancey J.O. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1994;170(6):1713-1720.

Dougherty M., Bishop K., Mooney R., Gimotty P., Williams B. Graded pelvic muscle exercise. Effect on stress urinary incontinence. *Journal of Reproductive Medicine*. 1993;39(9):684-691.

Johnson V.Y. How the principles of exercise physiology influence pelvic floor muscle training. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2001;28(3):150-155.

Palmer M.H. A long-term study of patient outcomes with pelvic muscle re-education for urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2001;28(4):199-205.

Sampsel C. The urine stream interruption test: Using a stopwatch to assess pelvic muscle strength. *Nurse Practitioner*. 1993;18(1):14-20.

Facilitação do Processo de PERDÃO (5280)

Definição: Assistência a uma pessoa que deseja substituir sentimentos de raiva e ressentimento a outra pessoa, a si mesmo ou a um poder maior por algo positivo, empatia e humildade.

Atividades:

Identificar as crenças do paciente capazes de dificultar ou não ajudar a solucionar uma questão.

Admitir quando raiva e ressentimento forem justificados.

Identificar a origem da raiva e do ressentimento sempre que possível.

Ouvir com empatia, sem lições de moral ou lugares-comuns.

Explorar o perdão como um processo.

Ajudar o paciente a investigar sentimentos de raiva, amargura e ressentimento.

Usar a presença, o toque e a empatia, conforme apropriado, para facilitar o processo.

Explorar as possibilidades de reparação e reconciliação consigo mesmo, com os outros e com um poder maior.

Ajudar o paciente a examinar a dimensão de saúde e cura pelo perdão.

Ajudar o paciente a vencer os bloqueios para a cura usando práticas espirituais (p. ex., orações de louvor, orientação e discernimento; cura, toque e visualização da cura e agradecimento), conforme apropriado.

Ensinar a arte da libertação e relaxamento emocionais.

Ajudar o paciente a buscar um medidor (elemento com objetividade) para facilitar o processo de preocupação individual ou grupal.

Convidar para usar rituais tradicionais de fé, conforme apropriado (p. ex., unção, confissão, reconciliação).

Comunicar o perdão de Deus/poder maior, ou do próprio *self* pela oração, outras leituras, conforme apropriado.

Comunicar a aceitação do nível de progresso individual.

Terceira edição 1996; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Brush B.L., McGee E.M., Cavanaugh B., Woodward M. Forgiveness: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*. 2001;19:27-41.

Burkhardt M.A., Nagai-Jacobson M.G. Spirituality: Living our connectedness. Albany, NY: Delmar, 2002.

Enright R.D. Forgiveness is a choice. Washington, DC: American Psychological Association, 2001.

Enright R.D., Fitzgibbons R.P. Helping clients to forgive. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

Festa L.M., Tuck I. A review of forgiveness literature and with implications for nursing practice. *Holistic Nursing Practice*. 2000;14:77-86.

Worthington E.L.Jr. An empathy-humility-commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy*. 1998;20:59-76.

Cuidados com o PERÍNEO (1750)

Definição: Manutenção da integridade da pele do períneo e alívio do desconforto perineal.

Atividades:

Auxiliar na higiene.

Manter o períneo seco.

Providenciar almofada para cadeira, como a almofada em forma de anel, conforme apropriado.

Examinar a condição da incisão ou laceração (p. ex., episiotomia).

Aplicar compressa fria, conforme apropriado.

Aplicar recurso de calor/lâmpada de aquecimento, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre o uso e as indicações do banho de assento.

Providenciar banhos de assento.

Limpar completamente o períneo a intervalos regulares.

Manter o paciente em posição confortável.

Colocar absorventes para a drenagem, conforme apropriado.

Registrar as características da drenagem, conforme apropriado.

Providenciar suporte escrotal, conforme apropriado.

Providenciar medicamento para dor, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Hygiene. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:697-755.

Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Cuidados com os PÉS (1660)

Definição: Higienização e inspeção dos pés com fins de relaxamento, limpeza e saúde da pele.

Atividades:

Examinar a pele quanto a irritação, fissuras, lesões, joanetes, calos, deformações ou edema.

Examinar os calçados do paciente para verificar se servem adequadamente.

Fazer banhos de imersão nos pés quando necessário.

Secar cuidadosamente entre os dedos.

Aplicar cremes.

Limpar as unhas.

Aplicar talcos que absorvam a umidade conforme indicação.

Conversar com o paciente a respeito da rotina normal de cuidados com os pés.

Orientar o paciente/família sobre a importância dos cuidados com os pés.

Oferecer *feedback* positivo sobre as atividades de autocuidado com os pés.

Monitorar o modo de andar e a distribuição do peso do paciente sobre os pés.

Monitorar a limpeza e a condição geral dos sapatos e das meias.

Orientar o paciente a examinar o interior dos sapatos em busca de áreas ásperas.

Monitorar o nível de hidratação dos pés.

Monitorar a ocorrência de insuficiência arterial na porção inferior das pernas.

Monitorar pernas e pés quanto a edema.

Orientar o paciente para monitorar a temperatura dos pés usando o dorso das mãos.

Orientar o paciente sobre a importância da inspeção, especialmente quando houver diminuição da sensibilidade.

Cortar as unhas dos pés normalmente mais espessas quando estiverem macias, usando um cortador especial e utilizando a curvatura do dedo como guia.

Encaminhar a um podólogo para o corte de unhas dos pés espessas, conforme apropriado.

Examinar as unhas quanto à espessura e descoloração.

Ensinar ao paciente o preparo e o corte das unhas dos pés.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Christensen M.H., Funnell M.M., Ehrlich M.R., Fellows E.P., Floyd J.C. How to care for the diabetic foot. *American Journal of Nursing*. 1991;91(3):50-57.

Craven R.F., Hirnle C.J. Self-care hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:703-752.

Evanski P.M. Easing the pain of common foot problems. *Patient Care*. 1991;25(2):38-44. 47-50, 52-54

Harley J.R. Preventing diabetic foot disease. *Nurse Practitioner*. 1993;18(10):37-44.

Maier T. The foot and foot wear. *Nursing Clinics of North America*. 1991;26(1):223-231.

Smith S., Duell D. *Clinical nursing skills*, 3rd ed. Los Altos, CA: National Nursing Review, 1992.

Facilitação do Processo de PESAR (5290)

Definição: Assistência para superar uma perda importante.

Atividades:

Ajudar o paciente a identificar a natureza do vínculo com o objeto ou a pessoa perdida.

Ajudar o paciente a identificar a reação inicial à perda.

Encorajar a expressão de sentimentos sobre a perda.

Escutar as manifestações de perda.

Encorajar a conversa sobre experiências anteriores de perda.

Encorajar o paciente a recordar perdas, passadas e presentes.

Fazer declarações de empatia sobre o luto.

Estimular a identificação dos maiores medos relativos à perda.

Orientar sobre as fases do processo do luto, se adequado.

Apoiar na evolução dos estágios de luto pessoal.

Incluir as pessoas importantes nas conversas e decisões, conforme apropriado.

Auxiliar a identificar estratégias pessoais de enfrentamento.

Encorajar o paciente a implementar costumes culturais, religiosos e sociais associados à perda.

Comunicar a aceitação da discussão sobre a perda.

Responder às perguntas das crianças/filhos associadas à perda.

Usar palavras claras, como *morte* ou *morto*, em vez de eufemismos.

Encorajar as crianças a discutir os sentimentos.

Encorajar a manifestação de sentimentos de modo confortável para a criança, como escrever, desenhar ou brincar.

Ajudar a criança a esclarecer ideias erradas.

Identificar fontes de apoio comunitário.

Apoiar as tentativas de solucionar conflitos anteriores, conforme apropriado.

Reforçar o progresso no processo de luto.

Ajudar a identificar modificações necessárias no modo de vida.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Loss and grieving. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 2000:1299-1324.

Collison C., Miller S. Using images of the future in grief work. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1987;19(1):9-11.

Egan K.A., Arnold K.L. Grief and bereavement care. *American Journal of Nursing*. 2003;103:42-52.

Gifford B.J., Cleary B.B. Supporting the bereaved. *American Journal of Nursing*. 1990;90(2):48-53.

Hampe S.D. Needs of a grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*. 1975;24(2):113-119.

Whiting G., Buckwalter K. Dysfunctional grieving. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:505-518.

Facilitação do Processo de PESAR: morte perinatal (5294)

Definição: Assistência para superar uma perda perinatal.

Atividades:

Estimular a participação nas decisões sobre interromper a vida.

Ajudar a manter vivo o bebê até a chegada dos pais.

Batizar o bebê, conforme apropriado.

Encorajar os pais a segurarem o bebê durante sua morte, conforme apropriado.

Determinar como e quando a morte do feto ou do bebê foi diagnosticada.

Discutir planos feitos (p. ex., enterro, cerimônias e nome do bebê).

Conversar sobre as decisões necessárias sobre enterro, autópsia, aconselhamento genético e participação da família.

Descrever as lembranças obtidas, inclusive marcas dos pés, das mãos, fotos, gorro, avental, cobertor, fraldas e manguitos para a verificação da pressão sanguínea, conforme apropriado.

Conversar sobre grupos de apoio disponíveis, conforme apropriado.

Conversar sobre as diferenças entre padrões de luto masculinos e femininos, conforme apropriado.

Conseguir marcas dos pés e mãos do bebê, comprimento e peso, se necessário.

Preparar o bebê para ser visto, banhando-o e vestindo-o, incluindo os pais nas atividades, conforme apropriado.

Incorajar os familiares a verem e segurarem o bebê durante o tempo que desejarem.

Conversar sobre a aparência do bebê, com base na idade gestacional e no tempo que levou para morrer.

Concentrar-se em aspectos normais do bebê, ao mesmo tempo que discute as anormalidades, com sensibilidade.

Incorajar a família a permanecer a sós com o bebê, se desejado.

Providenciar encaminhamentos para encontro com o padre/religioso, assistente social, conselheiro no luto e conselheiro genético, conforme apropriado.

Criar recordações e apresentá-las à família antes da alta, conforme apropriado.

Conversar sobre as características do luto normal e anormal, incluindo desencadeadores que precipitam sentimentos de tristeza.

Avisar o laboratório ou a casa funerária, como for melhor, para que seja levado o corpo.

Transferir o bebê para o necrotério ou preparar seu corpo para transporte pela família até a casa funerária.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Davis D.L., Stewart M., Harmon R.J. Perinatal loss: Providing emotional support for bereaved parents. *Birth*. 1988;15(4):242-246.

Gilbert E.S., Harmon J.S. Manual of high risk pregnancy and delivery, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Klingbeil C.G. Extended nursing care after a perinatal loss: Theoretical implications. *Neonatal Network*. 1986;5(3):21-28.

Page-Lieberman J., Hughes C.B. How fathers perceive perinatal death. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*. 1990;15(5):320-323.

Primeau M.R., Recht C.K. Professional bereavement photographs: One aspect of a perinatal bereavement program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1994;23(1):22-25.

Wilkins J.E. Grief work facilitation: Perinatal loss. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:241-256.

York C.R., Stichler J.F. Cultural grief expressions following infant death. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1985;4(2):120-127.

Assistência para Aumentar o PESO (1240)

Definição: Facilitação do aumento do peso corporal.

Atividades:

Encaminhar para elaboração de diagnóstico para determinar a causa do baixo peso, conforme apropriado.

Pesar o paciente a intervalos específicos, conforme apropriado.

Discutir as possíveis causas do baixo peso corporal.

Monitorar a ocorrência de náusea e vômito.

Determinar a causa da náusea e/ou vômito e tratar adequadamente.

Administrar medicação para reduzir a náusea e a dor antes das refeições, conforme apropriado.

Monitorar diariamente as calorias consumidas.

Monitorar os níveis de albumina sérica, linfócitos e eletrólitos.

Encorajar o aumento da ingestão calórica.

Orientar sobre formas de aumentar a ingestão calórica.

Oferecer uma variedade de alimentos nutritivos altamente calóricos, possibilitando escolhas.

Considerar as preferências alimentares do paciente, orientadas por escolhas pessoais e pelas preferências culturais e religiosas.

Providenciar cuidado oral antes das refeições, se necessário.

Permitir períodos de repouso, se necessário.

Garantir que o paciente esteja sentado antes de alimentar-se ou ao ser alimentado.

Auxiliar o paciente a alimentar-se ou a ser alimentado, conforme apropriado.

Oferecer alimentos adequados ao paciente: dieta geral, pastosa, mista ou fórmula pronta, via sonda nasogástrica ou gastrostomia, ou nutrição parenteral total, conforme prescrição médica.

Criar um ambiente agradável e relaxante na hora das refeições.

Servir os alimentos de maneira agradável e atraente.

Discutir com o paciente e a família os fatores socioeconômicos que contribuem para uma alimentação inadequada.

Discutir com o paciente e a família as percepções ou os fatores que interferem na capacidade ou no desejo de comer.

Encaminhar o paciente a instituições da comunidade capazes de auxiliar na aquisição dos alimentos, conforme apropriado.

Ensinar o paciente e a família o planejamento das refeições, conforme apropriado.

Reconhecer que a perda do peso pode ser parte da evolução natural de uma doença terminal (p. ex., câncer).

Orientar o paciente e a família sobre resultados realistas esperados em relação à doença e ao potencial de aumento do peso corporal.

Determinar as preferências alimentares do paciente em relação aos alimentos preferidos, temperos e temperatura.

Oferecer suplementos alimentares, conforme apropriado.

Criar um ambiente socializado para o consumo dos alimentos, conforme apropriado.

Ensinar o paciente e a família a forma de comprar alimentos nutritivos e de baixo custo, conforme apropriado.

Recompensar o paciente pelo aumento do peso.

Registrar o progresso do aumento do peso, exibindo-o em local estratégico.

Encorajar a participação do paciente em grupos de apoio, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

- Cluskey M., Dunton N. Serving meals of reduced portion size did not improve appetite among elderly in a personal-care section of a long-term-care community. *Journal of the American Dietetic Association*. 1999;99(6):733-735.
- Ferguson M., Cook A., Bender S., Rimmasch H., Voss A. Diagnosing and treating involuntary weight loss. *MEDSURG Nursing*. 2001;10(4):165-175.
- Seligman P.A., Fink R., Massey-Seligman E.J. Approach to the seriously ill or terminal cancer patient who has a poor appetite. *Seminars in Oncology*. 1998;25(2, Suppl. 6):33-34.
- Thelan L.A., Urden L.D. *Critical care nursing: Diagnosis and management*, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.
- Wakefield B. Altered nutrition: Less than body requirements. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:145-157.

Assistência para Reduzir o PESO (1280)

Definição: Facilitação da redução de peso e/ou gordura corporal.

Atividades:

Determinar o desejo e a motivação individual para reduzir o peso ou a gordura corporal.

Determinar com o paciente a quantidade desejada de peso a ser reduzida.

Estabelecer uma meta semanal para a redução de peso.

Colocar a meta semanal em local estratégico.

Pesar o paciente semanalmente.

Anotar em gráfico o progresso para atingir a meta final e colocá-lo em local estratégico.

Recompensar o paciente quando as metas forem alcançadas.

Encorajar o uso de sistemas internos de recompensa quando as metas forem alcançadas.

Estabelecer um plano realista com o paciente, incluindo ingestão reduzida de alimentos e aumento do gasto de energia.

Determinar os padrões alimentares atuais fazendo o paciente manter um diário do que come, quando come e onde come.

Auxiliar o paciente a identificar a motivação para comer e os indicadores internos e externos associados ao ato alimentar.

Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis.

Expor lembretes e sinais de encorajamento que levem a comportamentos de promoção da saúde, e não ao ato de comer.

Auxiliar na adaptação das dietas, ao estilo de vida e ao nível de atividade do paciente.

Facilitar a participação do paciente em, pelo menos, uma atividade de gasto de energia três vezes por semana.

Oferecer informações sobre a quantidade de energia gasta com determinadas atividades físicas.

Auxiliar a selecionar atividades de acordo com a quantidade de gastos de energia desejados.

Planejar um programa de exercícios levando em conta as limitações do paciente.

Desenvolver um plano de refeições diárias, com uma dieta bem equilibrada e redução de calorias e gorduras, conforme apropriado.

Encorajar o uso de substituto do açúcar, conforme apropriado.

Recomendar a adoção de dietas que levem ao alcance de metas para perder peso em longo prazo.

Encorajar a participação em grupos de apoio para perda de peso (p. ex., Vigilantes do Peso).

Encaminhar o paciente para programa comunitário de controle de peso, conforme apropriado.

Orientar sobre formas de ler os rótulos ao adquirir os alimentos de modo a controlar a quantidade de gordura e calorias do alimento consumido.

Orientar sobre a forma de calcular a porcentagem de gordura nos produtos alimentares.

Ensinar a selecionar alimentos em restaurantes e encontros sociais, de uma forma coerente com a ingestão calórica e nutricional planejada.

Discutir com o paciente e a família a influência do consumo de álcool sobre a digestão dos alimentos.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Whitney E.N., Cataldo C.B. Understanding normal and clinical nutrition. St. Paul, MN: West Publishing, 1991.

National Institutes of Health. The practical guide: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults (NIH Publication Number 00-4084). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

Controle do PESO (1260)

Definição: Facilitação da manutenção de peso corporal adequado e porcentagem de gordura corporal ideal.

Atividades:

Discutir com o paciente a relação entre ingestão de alimentos, exercício, aumento e perda de peso.

Discutir com o paciente as condições médicas capazes de afetar o peso.

Discutir com o paciente os hábitos, os costumes e os fatores culturais e hereditários que influenciam o peso.

Discutir os riscos associados ao fato de estar com excesso ou abaixo do peso.

Determinar a motivação individual para mudar os hábitos alimentares.

Determinar o peso corporal ideal do indivíduo.

Determinar a porcentagem ideal de gordura corporal do indivíduo.

Desenvolver com o indivíduo um método de manter um registro diário da ingestão, das sessões de exercícios e/ou mudanças no peso corporal.

Encorajar o indivíduo a anotar metas semanais realistas para uma boa ingestão alimentar e exercício e exibí-las em local onde possam ser revisadas diariamente.

Encorajar o indivíduo a registrar seu peso todas as semanas em um gráfico, conforme apropriado.

Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água.

Planejar recompensas ao indivíduo para comemorar o alcance das metas de curto e longo prazos.

Informar o indivíduo sobre a disponibilidade de grupos de apoio para prestar auxílio.

Auxiliar na elaboração de planos alimentares bem equilibrados, coerentes com o nível de gasto de energia.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

National Institutes of Health. The practical guide: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults (NIH Publication Number 00-4084). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Whitney E.N., Cataldo C.B. Understanding normal and clinical nutrition, 3rd ed. St. Paul, MN: West Publishing, 1991.

Coleta de Dados de PESQUISA (8120)

Definição: Coleta de dados de pesquisa.

Atividades:

Aderir aos procedimentos do Institutional Review Board (IRB) quanto ao local da coleta dos dados.

Informar o pesquisador sobre as regras da instituição quanto a pesquisas, se necessário.

Facilitar o preenchimento de formulário de consentimento, conforme apropriado.

Explicar a finalidade da pesquisa durante a coleta de dados, se convier.

Informar o paciente sobre as obrigações inerentes à participação no estudo (p. ex., levantamentos, exames laboratoriais, medicamentos).

Implementar um protocolo de estudos conforme especificado e acordado.

Monitorar a reação do paciente ao protocolo de pesquisa.

Coletar dados acordados para uso no estudo.

Dar espaço privado à realização de entrevistas e/ou coleta de dados, se necessário.

Auxiliar os pacientes a preencherem questionários do estudo ou outro recurso de coleta de dados quando necessário.

Realizar as atividades de rotina enquanto em observação para a pesquisa.

Discutir com o pesquisador se há ou não recompensas ao paciente ou à instituição pela participação.

Conseguir resumo dos resultados do estudo aos profissionais participantes e aos sujeitos do estudo interessados.

Comunicar-se, com regularidade, com o pesquisador sobre o progresso da coleta dos dados, conforme apropriado.

Registrar as descobertas dos dados com clareza nos formulários fornecidos.

Monitorar a quantidade da participação em pesquisas solicitadas aos pacientes e aos profissionais.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American Nurses Association. Human rights guidelines for nurses in clinical and other research. Kansas City, MO: Author, 1985.

Bliesmer M., Earle P. Research considerations: Nursing home quality perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*. 1993;19(6):27-34.

Burns N., Grove S.K. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.

Controle do PESSÁRIO (0630)

Definição: Colocação e monitoramento de dispositivo vaginal para tratamento de incontinência urinária de esforço, retroversão uterina, prolapso genital ou cérvix incompetente.

Atividades:

Revisar o histórico da paciente em busca de contraindicações à terapia com pessário (p. ex., infecções pélvicas, lacerações ou lesões no espaço ocupado; não complacência ou endometriose).

Determinar as exigências de estrogênio, conforme apropriado.

Discutir a manutenção do regime com o paciente antes de ajustar o pessário (p. ex., o ajuste ocorre por tentativa e erro; visitas frequentes para acompanhamento são necessárias e procedimentos de limpeza).

Discutir sobre as necessidades de atividade sexual antes de selecionar o pessário.

Revisar as orientações do fabricante quanto ao tipo específico de pessário.

Selecionar o tipo do pessário, se necessário.

Orientar a paciente a esvaziar a bexiga e o reto.

Fazer exame com espécuro para visualizar a condição da mucosa vaginal.

Fazer exame pélvico.

Inserir o pessário conforme as instruções do fabricante.

Solicitar à paciente que troque de posição (p. ex., de pé, de cócoras, andando e inclinando-se levemente).

Fazer um segundo exame do reto, na posição ereta, para verificar a adequação das medidas do pessário.

Orientar sobre o método de retirada do pessário, conforme apropriado.

Orientar sobre contraindicações quanto a intercurso ou ducha com base no tipo de pessário.

Orientar para relatar desconforto, disúria, mudanças na cor, consistência ou frequência do corrimento vaginal.

Prescrever medicamento para reduzir irritação, conforme apropriado.

Determinar a capacidade de fazer o autocuidado do pessário.

Agendar consulta para nova verificação do ajuste do pessário em 24 a 72 horas, e, após este período, conforme apropriado.

Recomendar exames anuais de Papanicolau, conforme apropriado.

Determinar a resposta terapêutica ao uso do pessário.

Observar a presença de corrimento ou odor vaginal.

Palpar a colocação do pessário.

Retirar o pessário conforme apropriado.

Examinar a vagina em busca de escoriação, laceração ou ulceração.

Limpar e examinar o pessário conforme as orientações do fabricante.

Substituir ou reajustar o pessário conforme apropriado.

Agendar acompanhamento profissional contínuo a intervalos de um a três meses.

Utilizar duchas com vinagre ou peróxido de hidrogênio diluído, sempre que necessário.

Aplicar estrógeno tópico para reduzir inflamação, sempre que necessário.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- Deger R.B., Menzin A.W., Mikuta J.J. The vaginal pessary: Past and present. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*. 1993;13(18):1-8.
- Miller D.S., Contemporary use of the pessary. Droegemueller W., Sciarra J.J., editors. *Gynecology & Obstetrics*, 1. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with female reproductive disorders. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1410-1444.
- Sulak P.J., Kuehl T.J., Schull B.L. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. *The Journal of Reproductive Medicine*. 1993;38(12):919-923.
- Wood N.J. The use of vaginal pessaries for uterine prolapse. *Nurse Practitioner*. 1992;17(7):31-38.
- Zeitlin M.P., Lebherz T.B. Pessaries in the geriatric patient. *Journal of American Geriatrics Society*. 1992;40(6):635-639.

Passagem de PLANTÃO (8140)

Definição: Troca de informações essenciais sobre cuidados do paciente entre os profissionais de enfermagem na mudança do turno.

Atividades:

Revisar dados demográficos pertinentes, inclusive nome, idade e número do quarto.

Identificar a queixa principal e a razão da admissão, conforme apropriado.

Resumir o histórico de saúde passada e significativa, se necessário.

Identificar os principais diagnósticos médicos e de enfermagem, conforme apropriado.

Identificar diagnósticos médicos e de enfermagem solucionados, conforme apropriado.

Apresentar informações de modo sucinto, com foco em dados significativos e recentes necessários para que outros profissionais de enfermagem assumam a responsabilidade pelos cuidados.

Descrever o regime de tratamento, inclusive dieta, terapia hídrica, medicamentos e exercício.

Identificar exames laboratoriais e diagnósticos a serem feitos durante as próximas 24 horas.

Revisar resultados de exames laboratoriais e diagnósticos pertinentes recentes, conforme apropriado.

Descrever os dados do estado de saúde, inclusive sinais vitais e sinais e sintomas presentes durante o turno.

Descrever as intervenções de enfermagem que estão sendo implementadas.

Descrever a reação do paciente e da família às intervenções de enfermagem.

Resumir a evolução na direção das metas.

Resumir os planos de alta, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Donaghue A.M., Reiley P.J. Some do's and don'ts for giving reports. *Nursing*. 1981;11(11):117.

Kron T., Gray A. The management of patient care. Putting leadership skills to work, 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.

Lamond D. The information content of the nurse change of shift report: A comparative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(4):794-804.

Priest C.S., Holmberg S.K. A new model for the mental health nursing change of shift report. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*. 2000;38(8):36-45.

Richard J.A. Congruence between intershift reports and patients' actual conditions. *Image*. 1988;20(1):4-6.

POSICIONAMENTO (0840)

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

Atividades:

Colocar o paciente sobre colchão/cama terapêutica adequada.

Proporcionar um colchão firme.

Explicar ao paciente que serão feitas mudanças de posição, conforme apropriado.

Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, conforme apropriado.

Monitorar o estado de oxigenação antes e depois de troca de posição.

Pré-medicação do paciente antes de virá-lo, conforme apropriado.

Colocar o paciente na posição terapêutica designada.

Incorporar a posição de sono preferida no plano de cuidados, se não houver contraindicação.

Posicionar o paciente considerando o alinhamento correto do corpo.

Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, conforme apropriado.

Elevar a parte do corpo afetada, conforme apropriado.

Posicionar o paciente para aliviar dispneia (p. ex., posição semi-Fowler), conforme apropriado.

Oferecer apoio para áreas edemaciadas (p. ex., travesseiro sob os braços e apoio escrotal), conforme apropriado.

Posicionar o paciente para facilitar a combinação entre ventilação/perfusão („pulmão sadio para baixo”), conforme apropriado.

Encorajar exercícios ativos e passivos de amplitude de movimentos, conforme apropriado.

Oferecer apoio adequado ao pescoço.

Evitar colocar o paciente em posição que aumente a dor.

Evitar colocar o coto amputado na posição flexionada.

Minimizar o atrito e o cisalhamento ao posicionar e virar o paciente.

Colocar um apoio para os pés na cama.

Virar o paciente usando a técnica de rolar.

Posicionar o paciente de modo a promover drenagem urinária, conforme apropriado.

Posicionar o paciente, evitando colocar tensão sobre o ferimento, conforme apropriado.

Oferecer apoio às costas, conforme apropriado.

Elevar a extremidade afetada a 20 graus ou mais acima do nível do coração para melhorar o retorno venoso, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre o uso de uma boa postura e boa mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade.

Monitorar os dispositivos de tração quanto à instalação correta.

Manter a posição e a integridade da tração.

Elevar a cabeceira da cama, conforme apropriado.

Virar o paciente, conforme indicação da condição da pele.

Elaborar uma programação escrita de reposicionamento, conforme apropriado.

Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme programação específica, conforme apropriado.

Usar os recursos adequados para apoiar os membros (p. ex., rolo para mãos e trocanter).

Colocar os objetos de uso frequente ao alcance das mãos.

Colocar o mecanismo de troca de posição da cama ao alcance das mãos do paciente.

Colocar uma campainha ao alcance das mãos do paciente.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Activity and exercise. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1058-1112.

Metzler D., Finesilver C. Positioning. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:113-129.

Fitler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

POSICIONAMENTO: cadeira de rodas (0846)

Definição: Colocação de paciente em cadeira de rodas adequadamente escolhida para melhorar o conforto, promover a integridade da pele e favorecer a independência.

Atividades:

Selecionar a cadeira de rodas adequada ao paciente: padrão adulto, semirreclinável, completamente reclinável, ou para amputado.

Selecionar uma almofada feita para as necessidades do paciente.

Verificar a posição do paciente na cadeira de rodas enquanto ele se senta sobre a almofada e utiliza calçados adequados.

Posicionar a pelve na porção central e o mais longe possível do assento.

Verificar se as cristas ilíacas estão niveladas e alinhadas de lado a lado.

Assegurar que haja, pelo menos, de 5 cm a 7 cm de espaço de cada lado da cadeira.

Assegurar que a cadeira de rodas permita, no mínimo, 5 cm a 7 cm de espaço da parte posterior do joelho até o ponto de fixação do assento.

Verificar se os apoios para os pés estão, pelo menos, a 5 cm de distância do chão.

Manter o ângulo dos quadris a 100 graus, joelhos a 105 graus e tornozelos a 90 graus, com calcanhares apoiados por inteiro nos apoios para os pés.

Medir a distância da almofada até logo abaixo do cotovelo, adicionar 2,5 cm e ajustar os apoios para os braços em relação a peso e altura.

Ajustar o apoio das costas de modo a proporcionar o suporte necessário, normalmente 10 a 15 graus da posição vertical.

Inclinar o assento uns 10 graus para trás.

Posicionar as pernas de modo que fiquem a 20 graus de uma linha vertical.

Monitorar a capacidade do paciente de manter a postura correta na cadeira de rodas.

Providenciar mudanças ou dispositivos à cadeira de rodas, corrigindo problemas do paciente ou fraqueza muscular.

Facilitar pequenas e frequentes trocas do peso do corpo.

Determinar o tempo adequado para que o paciente permaneça na cadeira de rodas, com base em seu estado de saúde.

Orientar o paciente sobre as formas de transferir-se da cama para a cadeira de rodas conforme apropriado.

Providenciar um trapézio para auxiliar nas transferências, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre as formas de funcionamento da cadeira de rodas, conforme apropriado.

Orientar o paciente a respeito de exercícios que aumentem a força da porção superior do corpo, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Activity and exercise. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1058-1112.

Loeper J.M. Positioning. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:86-93.

Mayall J.K., Desharnais G. Positioning in a wheelchair. Thorofare, NJ: Slack, 1990.

POSICIONAMENTO: neurológico (0844)

Definição: Obtenção de um excelente e adequado alinhamento corporal do paciente que apresenta ou está em risco de lesão ou irritabilidade à medula ou à coluna vertebral.

Atividades:

Imobilizar ou apoiar a parte do corpo afetada, conforme apropriado.

Colocar o paciente na posição terapêutica designada.

Evitar aplicar pressão à parte do corpo afetada.

Apoiar a parte do corpo afetada.

Providenciar o apoio correto para a nuca.

Providenciar um colchão firme.

Colocar o paciente sobre um colchão piramidal, se possível.

Manter o alinhamento corporal correto.

Posicionar o paciente com a cabeça e o pescoço alinhados.

Evitar posicionar o paciente sobre local onde haja perda óssea.

Virar utilizando a técnica de rolagem.

Aplicar colar cervical.

Orientar o paciente sobre os cuidados com o colar cervical, se necessário.

Monitorar a capacidade de autocuidado do paciente enquanto estiver com colar cervical/dispositivo imobilizador.

Aplicar e manter um talo ou dispositivo imobilizador.

Monitorar a integridade da pele sob o dispositivo imobilizador/colar cervical.

Orientar o paciente sobre os cuidados do dispositivo imobilizador, se necessário.

Colocar rolo para mão sob os dedos.

Orientar o paciente sobre o uso de uma boa postura e uma boa mecânica corporal enquanto realiza qualquer atividade.

Orientar o paciente sobre os cuidados do local em que se encontram os pinos, conforme necessário.

Monitorar o local de inserção dos pinos de tração.

Realizar os cuidados do local de inserção dos pinos de tração/aparelho para órtese.

Monitorar a montagem do aparelho de tração.

Imobilizar os pesos da tração ao movimentar o paciente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Ackerman L.L. Interventions related to neurological care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):325-346. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.),

Symposium on nursing interventions

Feride T., Habel M. Spasticity in head trauma and CVA patients: Etiology and management. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1988;21(6):348-352.

Fontaine D.K., McQuillan K. Positioning as therapy in trauma care. *Nursing Clinics of North America*. 1989;1(1):105-112. K.A. Gould (Ed.), Critical care

Lee S. Intracranial pressure changes during positioning of patients with severe head injury. *Heart & Lung*. 1989;18(4):411-414.

Dhman K., Spaniol D. Halo immobilization: Discharge planning and patient education. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1990;22(6):351-357.

Palmer M., Wyness M.A. Positioning and handling: Important considerations in the care of the severely headinjured patient. *Journal of Neuroscience Nursing*.

1988;20(1):42-49.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with neurologic trauma. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1910-1941.

POSICIONAMENTO: transoperatório (0842)

Definição: Movimentação do paciente ou de parte do corpo para promover exposição cirúrgica e reduzir o risco de desconforto e complicações.

Atividades:

Determinar a amplitude de movimentos e a estabilidade das articulações do paciente.

Verificar a circulação periférica e o estado neurológico.

Verificar a integridade da pele.

Usar dispositivos auxiliares para imobilizar.

Travar as rodas da maca e da cama na sala cirúrgica.

Usar uma quantidade adequada de funcionários para transferir o paciente.

Apoiar a cabeça e o pescoço durante transferências.

Coordenar a transferência e a posição com o estágio da anestesia ou o nível de consciência.

Proteger os sistemas IV, cateteres e circuitos respiratórios.

Proteger os olhos, conforme apropriado.

Usar dispositivos auxiliares para apoiar as extremidades e a cabeça.

Imobilizar ou apoiar qualquer parte do corpo, conforme apropriado.

Manter o alinhamento adequado do corpo do paciente.

Colocar o paciente em colchão ou almofada terapêutica apropriada.

Colocar o paciente na posição cirúrgica designada (p. ex., supino, pronação, lateral, litotômica).

Elevar as extremidades, conforme apropriado.

Colocar almofadas nas proeminências ósseas.

Colocar almofadas, ou evitar pressão sobre os nervos superficiais.

Colocar atadura de segurança e imobilizador de braços, se necessário.

Ajustar a cama cirúrgica, conforme apropriado.

Monitorar o posicionamento e os dispositivos de tração, conforme apropriado.

Monitorar a posição do paciente durante toda a cirurgia.

Registrar a posição e os dispositivos utilizados.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Fairchild S. Perioperative nursing: Principles and practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1993.

Gruendemann B. Positioning plus: A clinical handbook on patient positioning for perioperative nurses. Chatsworth, CA: Devon Industries, 1987.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Perioperative nursing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:896-937.

Ricker L.E. Positioning the patient for surgery. In: Meeker M.H., Rothrock J.C., editors. *Alexander's care of the patient in surgery*. 10th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1998:103-113.

U.S. Department of Health and Human Services. Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1992.

PRECEPTOR: estudante (7726)

Definição: Assistência e apoio a experiências de aprendizagem de um estudante.

Atividades:

Garantir a aceitação dos estudantes como cuidadores pelo paciente.

Apresentar os alunos aos membros da equipe e aos pacientes.

Descrever o foco clínico da unidade/agência.

Comunicar as metas da unidade/agência.

Evidenciar uma atitude de aceitação do estudante designado à unidade/agência.

Admitir a importância de seu comportamento como modelo de papel.

Conversar sobre os objetivos da experiência/programa, conforme apropriado.

Encorajar uma comunicação aberta entre os profissionais e os alunos.

Fazer recomendações relativas a tarefas com os pacientes ou experiências potenciais de aprendizagem à disposição dos alunos levando em conta o rumo dos objetivos, conforme apropriado.

Ajudar os alunos a usar os manuais de políticas e procedimentos, conforme apropriado.

Orientar os alunos em relação à unidade/agência.

Garantir que os alunos saibam e conheçam as políticas em relação a incêndio e desastres, e os procedimentos de emergência.

Ajudar os estudantes a localizar os itens necessários, conforme apropriado.

Dar informações e os padrões de precauções universais.

Discutir o plano de cuidados para o paciente designado, conforme apropriado.

Orientar os estudantes quanto à aplicação do processo de enfermagem, conforme apropriado.

Incluir os estudantes nas conferências de planejamento de cuidados, conforme apropriado.

Discutir todos os problemas com os estudantes com o instrutor clínico, assim que possível, conforme apropriado.

Proporcionar experiências de observação de atividades acima do nível de habilidades dos estudantes.

Oferecer *feedback* ao instrutor clínico sobre o desempenho do estudante, conforme apropriado.

Oferecer *feedback* construtivo ao estudante sempre que convier.

Ajudar o estudante com novos procedimentos, conforme apropriado.

Discutir os assuntos de prática da enfermagem com os estudantes com base em situações específicas dos pacientes, conforme apropriado.

Assinar os registros com os estudantes, conforme apropriado.

Envolver os estudantes em atividades de pesquisa, conforme apropriado.

Dar apoio a experiências de liderança dos estudantes, conforme apropriado.

Agir como modelo de papel no desenvolvimento de relações cooperativas com outros provedores de cuidados de saúde.

Informar o instrutor clínico sobre quaisquer mudanças nas políticas, conforme apropriado.

Orientar em relação ao sistema de informática, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Bastable S.B. Nurse as educator. Principles of teaching and learning for nursing practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2003.

Reilly D. Clinical teaching in nursing education. New York: National League for Nursing Press, 1992.

Shamian J., Inhaber R. The concept and practice of preceptorships in nursing: A review of pertinent literature. *International Journal of Nursing Studies*. 1985;22(2):79-88.

Stuart-Siddal S., Haberlin J., editors. Preceptorships in nursing education. Rockville, MD: Aspen, 1983.

PRECEPTOR: funcionário (7722)

Definição: Assistência, apoio e orientação planejada a empregado novo ou transferido em relação a uma área clínica específica.

Atividades:

Apresentar a nova pessoa aos membros da equipe.

Descrever o foco clínico da unidade/instituição.

Comunicar as metas da unidade/instituição.

Demonstrar uma atitude de aceitação da pessoa designada à unidade/instituição.

Discutir sobre os objetivos do período em que estiver sob orientação.

Providenciar uma lista para verificação da orientação, conforme apropriado.

Adaptar a orientação às necessidades do novo empregado.

Conversar sobre a hierarquia clínica e/ou outros níveis de profissionais de cuidados e suas responsabilidades específicas.

Revisar as habilidades necessárias ao desempenho do papel de cuidado clínico.

Revisar os planos para casos de incêndio e desastre, conforme apropriado.

Revisar os procedimentos de emergência, conforme apropriado.

Discutir o uso dos manuais de políticas e procedimentos, conforme apropriado.

Orientar quanto ao uso de formulários clínicos e outros registros clínicos, conforme apropriado.

Oferecer informações sobre precauções universais, conforme apropriado.

Conversar sobre os protocolos da unidade, conforme apropriado.

Partilhar as responsabilidades de trabalho durante a orientação, conforme apropriado.

Auxiliar a localizar os recursos necessários.

Orientar em relação ao sistema de informática, conforme apropriado.

Auxiliar nos novos procedimentos, conforme apropriado.

Responder às perguntas e conversar sobre as preocupações, conforme apropriado.

Identificar os especialistas clínicos disponíveis para consulta, conforme apropriado.

Oferecer *feedback* sobre o desempenho a intervalos específicos.

Incluir o novo funcionário nas funções sociais da unidade, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Aconselhamento na PRÉ-CONCEPÇÃO (5247)

Definição: Triagem e oferecimento de informações e apoio a indivíduos em idade de criar filhos antes da gravidez, promovendo a saúde e a redução de riscos.

Atividades:

Estabelecer uma relação terapêutica e de confiança.

Obter o histórico do cliente.

Desenvolver um perfil de riscos à saúde pré-concepção e voltado à gravidez, com base no histórico, uso de fármacos prescritos, antecedentes étnicos, exposições no trabalho e em casa, dieta, distúrbios genéticos específicos e hábitos (p. ex., fumo e consumo de álcool, ingestão de drogas).

Investigar a prontidão para a gravidez com ambos os parceiros.

Perguntar sobre abuso físico.

Conseguir um histórico sexual completo, inclusive frequência e momentos de intercurso, uso de lubrificante espermicida e hábitos pós-coito, como uso da ducha.

Encaminhar as mulheres com condições mentais crônicas para plano de tratamento pré-gravidez.

Dar informações sobre fatores de risco.

Encaminhar para aconselhamento genético relativo a fatores de risco genéticos.

Encaminhar para exames diagnósticos pré-natais se necessários devido a fatores de risco genéticos, médicos ou obstétricos.

Examinar ou avaliar em relação a níveis de hemoglobina ou hematócritos, estado Rh, dispositivo de medida urinária, toxoplasmose, doenças sexualmente transmissíveis, rubéola e hepatite.

Aconselhar sobre formas de evitar a gravidez até ser oferecido o tratamento adequado (p. ex., vacina contra rubéola, globulina sérica imune ou antibióticos).

Testar indivíduos de risco ou populações de risco quanto a tuberculose, doença sexualmente transmitida, hemoglobulinopatias, Tay-Sachs e defeitos genéticos.

Apoiar a tomada de decisão sobre adequação da gravidez com base nos fatores de risco identificados.

Avaliar se há necessidade de mamografia de sondagem com base na idade e desejo da mulher de amamentar por longo tempo.

Encorajar exame dentário durante a pré-concepção para minimizar exposição a exames radiográficos e anestesia.

Orientar sobre as relações entre o desenvolvimento inicial do feto e hábitos pessoais, uso de medicamentos, teratogênicos e requisitos de autocuidado (p. ex., vitaminas e ácido fólico no pré-natal).

Instruir sobre formas de evitar teratogênicos (p. ex., manuseio de fezes de gato, parar de fumar e substitutos do álcool).

Encaminhar para serviços de informação sobre teratogênicos para encontrar informações específicas sobre agentes ambientais.

Discutir sobre formas específicas de preparar-se para a gravidez, inclusive as demandas sociais, financeiras e psicológicas de quem tem filhos e os cria.

Identificar barreiras reais ou percebidas a serviços de planejamento familiar e cuidado pré-natal e formas de ultrapassá-las.

Discutir os métodos disponíveis de assistência e tecnologia reprodutivas, como convier.

Encorajar para a contracepção até estar preparada para uma gravidez.

Discutir o momento certo para suspender a contracepção, maximizando a data exata da gravidez.

Discutir métodos de identificação da fertilidade, de sinais de gravidez e de formas de confirmá-la.

Discutir a necessidade de registrar-se logo para atendimento pré-natal e de atender aos cuidados, inclusive programas de alto risco específicos que podem ser adequados.

Encorajar a frequência a aulas sobre início da gestação e paternidade/maternidade.

Encorajar as mulheres a aprenderem detalhes de cobertura de planos de saúde, inclusive períodos de espera e opções disponíveis de cuidadores.

Recomendar o autocuidado necessário durante a pré-concepção.

Providenciar instrução e encaminhamentos para os recursos comunitários apropriados.

Dar uma cópia do plano escrito de cuidados aos pais.

Providenciar ou recomendar acompanhamento conforme a necessidade.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG guide to planning for pregnancy, birth, and beyond. Washington, DC: Author, 1990.

Barron M.L., Ganong L.H., Brown M. An examination of preconception health teaching by nurse practitioners. *Journal of Advanced Nursing*. 1987;12(5):605-610.

Bushy A. Preconception health promotion: Another approach to improve pregnancy outcomes. *Public Health Nursing*. 1992;9(1):10-14.

Cefalo R.C., Moos M.K. Preconceptional health promotion: A practical guide. Rockville, MD: Aspen, 1988.

Chez R. Preconception care. *Resident and Staff Physician*. 1993;89(1):49-51.

Department of Health and Human Services. Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC: Author, 1990.

Institute of Medicine. Preventing low birthweight. Washington: National Academy Press, 1985;119-174.

Jack B., Culpepper L. Preconception care. In: Merkatz I.R., Thompson J.E., editors. *New perspectives on prenatal care*. New York: Elsevier Science Publications; 1990:69-81.

Littleton L.Y., Enbretson J.C. Maternal, neonatal, & women's health nursing. Albany, NY: Delmar, 2002;384-388.

Summers L., Price R.A. Preconception care: An opportunity to maximize health in pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1993;38(4):188-198.

Cuidados no PRÉ-NATAL (6960)

Definição: Monitoramento e controle de paciente durante a gestação para prevenir complicações e promover um resultado saudável à mãe e à criança.

Atividades:

Orientar a paciente sobre a importância do cuidado pré-natal regular durante toda a gestação.

Encorajar o pai ou pessoa importante a participar dos cuidados pré-natais.

Encorajar os pais a frequentar aulas no pré-natal.

Orientar a paciente sobre a nutrição necessária durante a gravidez.

Monitorar o estado nutricional.

Monitorar o aumento do peso durante a gravidez.

Encaminhar a paciente para programas de suplementação alimentar, conforme apropriado.

Orientar a paciente sobre exercícios adequados e repouso durante a gestação.

Orientar a paciente sobre o aumento do peso desejável, com base em seu peso anterior à gravidez.

Monitorar a adaptação psicossocial da paciente e da família durante a gravidez.

Monitorar a pressão arterial.

Monitorar níveis de glicose e proteína na urina.

Monitorar o nível de hemoglobina.

Monitorar a presença de edema nos tornozelos, mãos e no rosto.

Monitorar os reflexos do tendão profundo.

Orientar a paciente sobre sinais de perigo que mereçam relato imediato.

Medir a altura do fundo uterino e comparar à idade gestacional.

Determinar os sentimentos da paciente em relação à gravidez não planejada.

Determinar se a gravidez não planejada tem aprovação da família.

Auxiliar na decisão de manter ou desistir da gravidez.

Aconselhar a paciente sobre as mudanças na sexualidade durante a gravidez.

Determinar o sistema de apoio social.

Auxiliar a paciente a desenvolver e utilizar um sistema de apoio social.

Aconselhar a paciente sobre formas de adaptar-se ao ambiente de trabalho, atendendo às necessidades da gestação.

Oferecer à paciente orientação antecipada sobre as mudanças fisiológicas e psicológicas que acompanham a gravidez.

Auxiliar a paciente a controlar as mudanças associadas à gravidez.

Discutir com a paciente as mudanças na imagem corporal.

Orientar a paciente sobre crescimento e desenvolvimento fetal.

Monitorar a frequência cardíaca fetal.

Orientar a paciente a monitorar a atividade fetal.

Orientar a paciente sobre estratégias de autoajuda para alívio de desconfortos comuns na gravidez.

Orientar a paciente sobre efeitos prejudiciais do cigarro para o feto.

Encaminhar a paciente a programa para parar de fumar, se adequado.

Orientar a paciente sobre os efeitos prejudiciais do álcool e das drogas sobre o feto, inclusive os medicamentos sem receita médica.

Encaminhar a paciente para programa de tratamento da dependência química, se adequado.

Orientar a paciente sobre teratogênicos ambientais a serem evitados durante a gravidez.

Determinar a imagem que a mãe tem do filho que ainda não nasceu.

Orientar a paciente a imaginar o filho que não nasceu, conforme apropriado.

Oferecer aos pais a oportunidade de escutarem os sons cardíacos do feto, o mais cedo possível.

Oferecer aos pais a visualização da imagem do feto por ultrassom.

Verificar, antes do nascimento, se os pais possuem os nomes para ambos os gêneros.

Encaminhar a paciente a aulas para preparar-se para o nascimento.

Encaminhar a paciente a aulas de cuidados com o bebê/maternidade, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Heamen N. Antepartum home care for high-risk pregnant women. *AACN Clinical Issues Advanced Practice in Acute and Critical Care*. 1998;9(3):362-376.

Pillitteri A. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

U.S. Public Health Service. *Caring for our future: The content of prenatal care: A report of the Public Health Service Panel*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1989.

Coordenação PRÉ-OPERATÓRIA (2880)

Definição: Facilitação de exames diagnósticos pré-admissionais e preparo do paciente cirúrgico.

Atividades:

Revisar a cirurgia planejada.

Obter o histórico do cliente, conforme apropriado.

Realizar exame físico, conforme apropriado.

Revisar a prescrição médica.

Prescrever ou coordenar os exames diagnósticos, conforme apropriado.

Descrever e explicar os tratamentos e os exames diagnósticos na pré-admissão hospitalar.

Interpretar os resultados dos exames diagnósticos, conforme apropriado.

Obter amostras de sangue, conforme apropriado.

Obter amostra de urina, se necessário.

Notificar o médico quanto a resultados diagnósticos anormais.

Informar o paciente e pessoa importante sobre a data e a hora da cirurgia, horário de chegada ao hospital e os procedimentos pré-operatórios.

Informar o paciente e pessoa importante sobre o local da unidade que o receberá, cirurgia e sala de espera.

Determinar as expectativas do paciente relativas à cirurgia.

Reforçar as informações oferecidas por outros profissionais de saúde, conforme apropriado.

Obter consentimento para o tratamento, conforme apropriado.

Providenciar um tempo ao paciente e pessoa importante para fazer perguntas e manifestar preocupações.

Obter liberação financeira do plano de saúde (terceiros), se necessário.

Discutir os planos de alta do pós-operatório.

Determinar a capacidade dos cuidadores.

Telefonar para o paciente para confirmar a cirurgia planejada.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Burden N. Ambulatory surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Perioperative nursing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:896-937.

Muldowny E. Establishing a preadmission clinic: A model for quality service. *AORN Journal*. 1993;58(6):1183-1191.

U.S. Department of Health and Human Services. Cataract in adults: Management of functional impairment. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1993.

Transcrição de PRESCRIÇÕES (8060)

Definição: Transferência de informações de folhas de prescrição para o plano de cuidados de enfermagem do paciente e o sistema de documentação.

Atividades:

Assegurar que a folha de prescrição médica tenha a identificação do paciente.

Assegurar que a folha de prescrição esteja no prontuário correto do paciente.

Assegurar que prescrições sejam escritas ou coassinadas por profissional de saúde com licença profissional e com

delegações clínicas pertinentes.

Repetir a ordem verbal ao médico para garantir a exatidão.

Evitar receber ordens verbais dadas por outros profissionais da saúde ou por intermédio deles.

Assegurar que as ordens dadas oralmente sejam documentadas conforme o protocolo da instituição antes de serem anotadas.

Esclarecer prescrições confusas ou ilegíveis.

Avaliar a adequação das prescrições e garantir que tenham sido fornecidas todas as informações necessárias.

Consultar farmacêutico sempre que houver dúvidas sobre drogas desconhecidas ou doses prescritas.

Documentar todas as discordâncias com a prescrição médica após discussão da mesma com o médico e com um supervisor.

Registrar o nome, a dosagem, a data e horário de cada prescrição anotada.

Transferir a prescrição para o Kardex, folha de trabalho, formulário de medicamentos, formulário para o laboratório ou plano de cuidados.

Agendar consultas, conforme apropriado.

Anotar datas de início e suspensão de medicamentos, conforme o protocolo da instituição.

Registrar as alergias do paciente na transcrição das prescrições de medicamentos.

Informar aos membros da equipe o momento de iniciar o tratamento.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Carson W. What you should know about physician verbal orders. *American Nurse*. 1994;26(3):30-31.

Davis N.M. Clarifying questionable orders. *American Journal of Nursing*. 1994;26(3):30-31.

Festa J. The law and liability: A guide for nurses. New York: John Wiley & Sons, 1983.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Documenting and reporting. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:328-351.

PRESENÇA (5340)

Definição: Estar com o outro, física ou psicologicamente, em períodos de necessidade.

Atividades:

Demonstrar uma atitude de aceitação.

Comunicar, verbalmente, empatia ou compreensão da experiência do paciente.

Ser sensível às tradições e crenças do paciente.

Estabelecer uma preocupação de confiança e positiva.

Escutar as preocupações do paciente.

Usar o silêncio, conforme apropriado.

Tocar no paciente para expressar preocupação, como convier.

Estar fisicamente disponível como alguém para ajudar.

Ficar fisicamente presente sem esperar reações interativas.

Proporcionar distanciamento ao paciente e à família, se necessário.

Oferecer-se para ficar com o paciente durante as primeiras interações com os outros na unidade.

Ajudar o paciente a compreender que você está disponível, mas não reforçar comportamentos de dependência.

Ficar com o paciente para promover segurança e reduzir o medo.

Tranquilizar e ajudar os pais em seu papel de apoio ao filho.

Ficar com o paciente e oferecer garantias de segurança e proteção durante períodos de ansiedade.

Oferecer-se para fazer contato com outras pessoas de apoio (p. ex., sacerdote/rabino), como convier.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Frisch N.C., Frisch L.E. Tools of psychiatric mental health nursing: Communication, nursing process, and the nurse-client-relationship. In *Psychiatric mental health nursing*, 2nd ed., Albany, NY: Delmar; 2002:97-113.

Gardner D.L. Presence. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:97-125.

Osterman P., Schwartz-Barcott D. Presence: Four ways of being there. *Nursing Forum*. 1996;31(2):23-30.

Pederson C. Presence as a nursing intervention with hospitalized children. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1993;21(3):75-81.

Controle da PRESSÃO (3500)

Definição: Minimização da pressão sobre partes do corpo.

Atividades:

Vestir o paciente com roupas folgadas.

Fazer válvula dupla e espalhar um imobilizador para aliviar a pressão.

Forrar as extremidades do imobilizador e as conexões da tração, conforme apropriado.

Colocar em colchão/cama terapêutica adequada.

Colocar sobre forro de espuma de polietileno, conforme apropriado.

Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada.

Fazer massagem nas costas/nuca, como convier.

Erguer a extremidade lesionada.

Virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas, conforme agenda estabelecida.

Facilitar pequenas trocas do peso do corpo.

Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão.

Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente.

Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco do paciente (p. ex., escala de Braden).

Usar dispositivos adequados para manter calcanhares e saliências ósseas afastados da cama.

Arrumar a cama com as dobras dos dedos dos pés.

Aplicar protetores de calcanhar como convier.

Monitorar o estado nutricional do paciente.

Monitorar o surgimento de fontes de pressão e atrito.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Bergman-Evans B., Cuddigan J., Bergstrom N. Clinical practice guidelines: Prediction and prevention of pressure ulcers. *Journal of Gerontological Nursing*. 1994;20(9):19-26. 52

Braden B.J., Bergstrom N. Pressure reduction. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:94-108.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Principles and practices of rehabilitation. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:158-187.

Titler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Monitoração da PRESSÃO Intracraniana (PIC) (2590)

Definição: Medida e interpretação de dados do paciente para regular a pressão intracraniana.

Atividades:

Auxiliar na inserção dos dispositivos de monitoramento da PIC.

Oferecer informações ao paciente/familiares/pessoas importantes.

Calibrar o transdutor.

Nivelar o transdutor externo até um ponto de referência anatômico estável.

Preparar o sistema de irrigação conforme apropriado.

Ajustar os alarmes do monitor.

Registrar os números da pressão PIC.

Monitorar a qualidade e as características das ondas PIC.

Monitorar a pressão da perfusão cerebral.

Monitorar a condição neurológica.

Monitorar a PIC e a resposta neurológica do paciente às atividades de cuidado e aos estímulos do ambiente.

Monitorar a quantidade, a frequência e as características da drenagem do líquido cerebrospinal.

Manter a posição da câmara de coleta do líquido cerebrospinal (LCR), conforme a prescrição.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Prevenir deslocamento do dispositivo.

Manter a esterilidade do sistema de monitoramento.

Monitorar as linhas de pressão para controle de bolhas, resíduos ou sangue coagulado.

Mudar o transdutor, o sistema de irrigação e a bolsa de drenagem, conforme necessário.

Mudar e/ou reforçar o curativo do local da inserção do dispositivo, conforme necessário.

Monitorar o local da inserção do dispositivo quanto a sinais de infecção ou perda de líquido.

Obter amostras da drenagem do líquido cerebrospinal, conforme apropriado.

Monitorar a temperatura e a contagem de glóbulos brancos.

Observar se o paciente apresenta a rigidez da nuca.

Administrar antibióticos.

Posicionar o paciente com a cabeça e o pescoço em posição neutra, evitando flexão extrema do quadril.

Ajustar a cabeceira da cama de modo a otimizar a perfusão cerebral.

Minimizar os estímulos ambientais sobre a PIC.

Espaçar os cuidados de enfermagem, para minimizar a elevação da PIC.

Alterar o procedimento de aspiração para minimizar o aumento da PIC pela introdução da sonda (p. ex., administrar lidocaína e limitar o número de aspirações).

Monitorar os níveis de CO₂ e manter dentro de parâmetros adequados.

Manter a pressão arterial sistêmica dentro da variabilidade adequada.

Administrar agentes farmacológicos para manter a PIC dentro de variação adequada.

Notificar o médico quanto a PIC elevada que não responde aos protocolos de tratamento.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Neuroscience Nurses. Clinical guidelines series: Intracranial pressure monitoring. Glenview, IL: Author, 1997.

Arbour R. Intracranial hypertension: monitoring and nursing assessment. *Critical Care Nurse*. 2004;24:19-32.

Barker E. Intracranial pressure and monitoring. In: Barker E., editor. *Neuroscience nursing: A spectrum of care*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002:379-408.

Hickey J.V. Intracranial hypertension: theory and management of increased intracranial pressure. In: Hickey J.V., editor. *The clinical practice of neurological and*

neurosurgical nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:285-318.

Kirkness C., March K. Intracranial pressure management. In: Bader M.K., Littlejohns L.R., editors. *AANN core curriculum for neuroscience nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004:249-267.

Mitchell P.H. Decreased behavioral arousal. In: Stewart-Amidei C., Kunkel J.A., editors. *AANN's neuroscience nursing: human responses to neurologic dysfunction*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001:93-118.

Avaliação de PRODUTO (7760)

Definição: Determinação da eficácia de novos produtos ou equipamento.

Atividades:

Identificar a necessidade de um produto novo ou uma mudança em produto atualmente usado.

Escolher produto(s) para avaliação.

Definir a perspectiva de análise (benefício ao paciente ou ao provedor).

Identificar a eficiência do produto e questões de segurança.

Fazer contato com outras agências que utilizam o produto em busca de mais informações.

Definir o objetivo da avaliação.

Redigir os critérios da experimentação a serem usados durante a avaliação.

Ter como alvo áreas apropriadas onde testar o produto novo.

Informar os profissionais que serão necessários à implementação da experiência.

Preencher formulários da experiência de avaliação.

Pedir opinião de outros provedores de cuidados se necessário (p. ex., engenheiros biomédicos, farmacêuticos, médicos e outras agências).

Obter a avaliação do paciente sobre o produto, como convier.

Determinar os custos da implementação do produto novo, inclusive treinamento, itens adicionais e contratos de manutenção.

Fazer as recomendações ao comitê ou pessoa adequada que coordena a avaliação.

Participar do monitoramento contínuo da eficácia do produto.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Bryan B.M., Reineke L.A. Assessing patient care devices: An objective methodology. *Nursing Management*. 1989;20(6):57-60.

Larson E.L., Peters D.A. Integrating cost analyses in quality assurance. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 1986;1(1):1-7.

Lipetzky P.W. Cost analysis and the clinical nurse specialist. *Nursing Management*. 1990;21(8):25-28.

Myers S. Material management: Nurses' involvement. *Nursing Management*. 1990;21(8):30-32.

Pranger J.K. Service-wise purchasing: A nursing contribution. *Nursing Management*. 1990;21(9):46-49.

Stahler-Wilson J.E., Worman F.R. A products nurse specialist: The complete clinical shopper. *Nursing Management*. 1991;22(11):36-38.

Desenvolvimento de PROGRAMA de Saúde (8700)

Definição: Planejamento, implementação e avaliação de um conjunto coordenado de atividades criadas para melhorar o bem-estar, ou prevenir, reduzir ou eliminar um ou mais problemas de saúde para um grupo ou uma comunidade.

Atividades:

Auxiliar o grupo ou a comunidade a identificar necessidades ou problemas de saúde importantes.

Priorizar as necessidades de saúde dos problemas identificados.

Reunir uma força-tarefa, incluindo os membros da comunidade adequados, para o exame da necessidade ou problema prioritário.

Educar os membros do grupo de planejamento sobre o processo de planejamento, conforme apropriado.

Identificar abordagens alternativas para tratar a(s) necessidade(s) ou o(s) problema(s).

Avaliar abordagens alternativas que tratem do custo, das necessidades de recursos, da praticidade e das atividades necessárias.

Escolher a abordagem mais adequada.

Desenvolver metas e objetivos para tratar a(s) necessidade(s) ou o(s) problema(s).

Descrever métodos, atividades e um prazo para a implementação.

Identificar os recursos ou os empecilhos para implementar o programa.

Planejar uma avaliação do programa.

Obter aceitação do programa por parte do grupo-alvo, dos provedores e dos grupos associados.

Contratar profissionais para implementar e controlar o programa.

Obter equipamento e suprimentos.

Comercializar o programa para os participantes-alvos e os grupos de apoio.

Facilitar a adoção do programa pelo grupo ou comunidade.

Monitorar o progresso da implementação do programa.

Avaliar o programa quanto à relevância, eficiência e custo-benefício.

Mudar e aperfeiçoar o programa.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Allender J., Spradley B. *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health*, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Dignan M., Carr P. *Program planning for health education and promotion*, 2nd. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1992.

Cuidados com PRÓTESES (1780)

Definição: Cuidados de dispositivo removível usado por paciente e prevenção de complicações associadas ao uso.

Atividades:

Supervisionar o primeiro uso e cuidado com o dispositivo.

Examinar o tecido ao redor em busca de sinais e sintomas de complicações.

Identificar o potencial para alterações na imagem corporal.

Identificar mudanças nas roupas necessárias.

Higienizar o dispositivo artificial, como convier.

Ensinar o paciente e a família a cuidar e a aplicar o dispositivo.

Prender o dispositivo de forma segura, quando não estiver em uso.

Remover todos os dispositivos antes de uma cirurgia, como convier.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Hanawalt A.K., Troutman K. If your patient has a hearing aid. *American Journal of Nursing*. 1984;84(7):900-901.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Desenvolvimento de PROTOCOLOS de Cuidados (7640)

Definição: Elaboração e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o paciente a um custo-efetivo.

Atividades:

Fazer auditoria de prontuário para determinar padrões atuais de atendimento para a população de pacientes.

Revisar os padrões atuais de prática relacionados à população de pacientes.

Colaborar com outros profissionais da saúde para elaborar protocolos de cuidados.

Identificar os resultados adequados intermediários e finais com os limites de tempo.

Identificar as intervenções adequadas aos limites de tempo.

Partilhar protocolos de cuidados com o paciente e a família, conforme apropriado.

Avaliar a evolução do paciente na direção dos resultados identificados a intervalos definidos.

Calcular as variações e relatar pelos canais adequados.

Registrar o progresso do paciente na direção dos resultados identificados, conforme a política da instituição.

Registrar a razão das variações em relação às intervenções e resultados esperados planejados.

Implementar ação(ões) corretiva(s) para a(s) variação(ões), conforme apropriado.

Revisar os protocolos de cuidados, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Huber D. Leadership & nursing core management. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996;321-322.

Mosher C., Cronk P., Kidd A., McCormick P., Stockton S., Sulla C. Upgrading practice with critical pathways. *American Journal of Nursing*. 1992;92(1):41-44.

Spath P.L. Clinical paths: Tools for outcomes management. Chicago: American Hospital Association, 1994.

Thompson K.S., Caddick K., Mathie J., Abraham T. Building a critical path for ventilator dependent patients. *American Journal of Nursing*. 1991;91(7):28-31.

Controle de PRURIDO (3550)

Definição: Prevenção e tratamento de prurido.

Atividades:

Determinar a causa do prurido (*i.e.*, dermatite de contato, distúrbio sistêmico e medicamentos).

Fazer exame físico para identificar rupturas na pele (*i.e.*, lesões, bolhas, úlceras e abrasões).

Aplicar curativos ou ataduras em mãos ou cotovelos durante o sono para limitar o ato incontrolável de coçar, como convier.

Aplicar cremes e loções com medicamento, como convier.

Administrar medicamentos antiprurido, como indicado.

Administrar antagonistas opiáceos, como indicado.

Aplicar creme anti-histamínico, como convier.

Aplicar frio para alívio da irritação.

Orientar o paciente a evitar sabonetes de banho e óleos perfumados.

Orientar o paciente a usar umidificador em casa.

Orientar o paciente a não vestir roupas justas e tecidos de lã ou sintéticos.

Orientar o paciente a manter as unhas bem curtas.

Orientar o paciente a minimizar a transpiração evitando ambientes mais aquecidos/quentes.

Orientar o paciente a limitar os banhos a uma ou duas vezes na semana, como convier.

Orientar o paciente a banhar-se em água morna e a secar a pele com leves palmadinhas.

Orientar o paciente a usar a palma da mão para esfregar ampla área da pele, ou a beliscar delicadamente a pele, usando o polegar e o indicador para aliviar a comichão.

Orientar o paciente que usa imobilizadores a não inserir objetos em seu interior para coçar a pele.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Banov C.H., Epstein J.H., Grayson L.D. When an itch persists. *Patient Care*. 1992;26(5):75-88.

Dewitt S. Nursing assessment of the skin and dermatologic lesions. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(1):235-245.

Hagermark O., Wahlgren C.F. Treatment of itch. *Seminars in Dermatology*. 1995;14(4):320-325.

Kam P.C.A., Tan K.H. Pruritus — itching for a cause and relief? *Anesthesia*. 1996;51:1133-1138.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with dermatologic problems. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1654-1702.

Q

Controle de QUALIDADE (7800)

Definição: Coleta e análise sistemáticas dos indicadores de qualidade de uma organização para melhorar o atendimento do paciente.

Atividades:

Identificar os problemas ou as oportunidades no atendimento do paciente para melhorá-lo.

Participar do desenvolvimento de indicadores de qualidade.

Incorporar padrões de grupos profissionais adequados.

Usar critérios preestabelecidos ao coletar dados.

Entrevistar pacientes, famílias e profissionais, conforme apropriado.

Revisar o prontuário de cuidados do paciente para documentar esses cuidados, se necessário.

Fazer análise de dados conforme apropriado.

Comparar resultados dos dados coletados com as normas preestabelecidas.

Consultar os enfermeiros ou outros profissionais de saúde para elaborar planos de ação, conforme apropriado.

Recomendar mudanças na prática com base nas descobertas.

Informar as descobertas nas reuniões profissionais.

Revisar de forma analítica e reler os padrões, conforme apropriado.

Participar de comitês de aperfeiçoamento da qualidade, conforme apropriado.

Oferecer orientação sobre melhoria da qualidade a novos empregados na unidade.

Participar de equipes intra e interdisciplinares de solução de problemas.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Berwick D.M. Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*. 1989;320(1):53-56.

Crisler K.S., Richard A.A. Using case mix and adverse event for outcome-based quality monitoring. *Home Healthcare Nurse*. 2001;19(10):613-621.

Fralic M.F., Kowalski P.M., Llewellyn F.A. The staff nurse as quality monitor. *American Journal of Nursing*. 1991;91(4):40-42.

Karon S.L., Zimmerman D.R. Nursing home quality indicators and quality improvement initiatives. *Topics in Health Information Management*. 1998;18(4):46-58.

Kerfoot K.M., Watson C.A. Research-based quality assurance: The key to excellence in nursing. In: McCloskey J.M., Grace H.K., editors. *Current issues in nursing*. Boston: Blackwell Scientific; 1985:539-547.

Prevenção contra QUEDAS (6490)

Definição: Instituição de precauções especiais para paciente com risco de lesão em decorrência de quedas.

Atividades:

- Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente, capazes de aumentar o potencial de quedas em determinado ambiente.
- Identificar comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas.
- Revisar o histórico de quedas com o paciente e a família.
- Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas (p. ex., chão escorregadio e escadas sem proteção).
- Monitorar o modo de andar, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação.
- Solicitar ao paciente sua percepção do equilíbrio, conforme apropriado.
- Partilhar com o paciente as observações sobre o modo de andar e de movimentar-se.
- Sugerir mudanças ao paciente quanto ao modo de andar.
- Orientar e acompanhar o paciente para adaptar-se às mudanças sugeridas no modo de andar.
- Auxiliar a pessoa sem firmeza na deambulação.
- Providenciar dispositivos auxiliares (p. ex., bengala e andador) para deixar o andar mais firme.
- Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, conforme apropriado.
- Orientar o paciente sobre o uso de bengala ou andador, conforme apropriado.
- Manter em boas condições de uso os dispositivos auxiliares.
- Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou maca durante a transferência do paciente.
- Colocar os objetos pessoais ao alcance do paciente.
- Orientar o paciente a chamar ajuda para movimentar-se, conforme apropriado.
- Ensinar ao paciente formas de cair para minimizar lesões.
- Colocar avisos para lembrar o paciente a pedir ajuda ao sair da cama, conforme apropriado.
- Monitorar a capacidade de transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa.
- Usar a técnica correta para transferir o paciente para a cadeira de rodas, a cama, o vaso sanitário e assim por diante, bem como o contrário.
- Providenciar um assento mais alto para vaso sanitário para facilitar a transferência.
- Providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços que facilitem a transferência.
- Providenciar um colchão com extremidades firmes para facilitar a transferência.
- Usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para evitar quedas se necessário.
- Colocar o leito mecânico na posição mais baixa.

Providenciar uma superfície para dormir, próxima ao chão, se necessário.

Providenciar um assento para cadeira em forma de saco, para limitar a mobilidade, conforme apropriado.

Colocar apoio de espuma no assento da cadeira para evitar que o paciente se levante, conforme apropriado.

Usar colchão de água parcialmente cheio sobre a cama para limitar a mobilidade, conforme apropriado.

Providenciar para paciente dependente uma forma de pedir ajuda (p. ex., campainha ou luz), quando o cuidador não estiver presente.

Responder imediatamente ao chamado.

Auxiliar na higiene íntima a intervalos frequentes e programados.

Usar alarme para a cama como alerta ao cuidador de que a pessoa está saindo da cama, conforme apropriado.

Marcar os limites das portas e dos degraus se necessário.

Remover peças de mobiliário baixas (banquinhos e mesinhas) que constituem motivo de tropeço.

Evitar o acúmulo de objetos no assoalho.

Providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade.

Providenciar iluminação noturna junto ao leito.

Providenciar corrimãos e barras de apoio visíveis para as mãos.

Colocar portões em corredores abertos que levem a escadas.

Providenciar superfícies antiderrapantes e não causadoras de tropeços.

Providenciar superfícies não escorregadias em banheiras ou duchas.

Providenciar banquinhos firmes, que não escorreguem, para facilitar subidas e descidas.

Providenciar áreas de armazenagem ao alcance do paciente.

Providenciar peças de mobiliário pesadas, que não serão movimentadas ou inclinadas quando usadas como apoio.

Orientar o paciente quanto à organização física do quarto.

Evitar a reorganização desnecessária do ambiente físico.

Assegurar-se de que o paciente usa calçados que sirvam bem, estejam bem amarrados e tenham solas que não derrapem.

Orientar o paciente a usar os óculos receitados, conforme apropriado, ao sair da cama.

Educar os familiares sobre fatores de risco que contribuam para quedas e a forma de reduzir esses riscos.

Sugerir adaptações em casa para aumentar a segurança.

Orientar a família sobre a importância de apoios para as mãos em escadas, banheiros e corredores.

Auxiliar a família a identificar perigos em casa e a modificá-los.

Sugerir calçados seguros.

Orientar o paciente no sentido de evitar superfícies com gelo e outras superfícies escorregadias.

Descobrir formas de o paciente participar, em segurança, de atividades de recreação.

Instituir um programa rotineiro de exercícios físicos que inclua caminhadas.

Colocar avisos de alerta aos funcionários de que se trata de paciente com risco de quedas.

Colaborar com os demais membros da equipe de saúde para minimizar os efeitos secundários dos medicamentos que contribuam para quedas (p. ex., hipotensão ortostática e modo de andar instável).

Providenciar supervisão atenta e/ou dispositivo de contenção (p. ex., cadeirinha para bebê com cinto de segurança), ao colocar bebês/crianças pequenas em superfícies altas (p. ex., mesa e cadeira alta).

Remover objetos que dêem acesso a superfícies mais altas para crianças.

Manter as laterais do berço erguidas quando o cuidador estiver ausente, conforme apropriado.

Providenciar cobertura transparente para berços hospitalares de pacientes pediátricos capazes de passar sobre laterais do berço, conforme apropriado.

Firmar bem as presilhas do painel de acesso das incubadoras ao sair da cabeceira de bebê colocado numa delas, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Foley G. The multidisciplinary team: Partners in patient safety. *Cancer Practice*. 1999;7(3):108.

Kanak M.F. Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-396. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Maciorowski L.F., Monro B.H., Dietrick-Gallagher M., McNew C.D., Sheppard-Hinkel E., Wanich C., Ragan P.A. A review of the patient fall literature. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 1989;3(1):18-27.

Stolley J.M., Lewis A., Moore L., Harvey P. Risk for injury: Falls. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., Tripp-Reimer T., Titler M., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, and interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:23-33.

Sullivan R.P. Recognize factors to prevent patient falls. *Nursing Management*. 1999;30(5):37-40.

Fack K.A., Ulrich B., Kehr C. Patient falls: Profiles for prevention. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1987;19(2):83-89.

Fideiksaar R. Falling in old age: Prevention and management. New York: Springer, 1997.

Controle da QUIMIOTERAPIA (2240)

Definição: Assistência ao paciente e aos familiares para que compreendam a ação e a minimização dos efeitos colaterais dos agentes antineoplásicos.

Atividades:

Monitorar a investigação pré-tratamento quimioterápico para pacientes com risco de aparecimento precoce, e/ou longa duração e maior sofrimento de efeitos colaterais.

Promover atividades para modificar os fatores de risco identificados.

Monitorar o aparecimento de efeitos colaterais e efeitos tóxicos do tratamento.

Informar o paciente e a família sobre os efeitos dos fármacos antineoplásicos nas células malignas.

Orientar o paciente e a família sobre os efeitos da terapia no funcionamento da medula óssea.

Orientar o paciente e a família sobre formas de prevenir infecção, como evitar multidões, usar técnicas para uma boa higiene e lavagem das mãos.

Orientar o paciente a informar rapidamente febres, calafrios, sangramento nasal, excesso de hematomas e fezes cor de alcatrão.

Orientar o paciente e a família a evitarem o uso de produtos com Aspirina®.

Instituir precauções contra neutropenia e sangramento.

Determinar a experiência prévia do paciente com náusea e vômito relacionados à quimioterapia.

Administrar medicamentos, conforme a necessidade, para controle dos efeitos colaterais (p. ex., antieméticos para náusea e vômito).

Minimizar estímulos sonoros, de iluminação e odores (em especial, odor de alimentos).

Ensinar ao paciente técnicas de relaxamento e com imagens para uso antes, durante e após os tratamentos, conforme apropriado.

Oferecer ao paciente uma dieta leve e de fácil digestão.

Administrar fármacos quimioterápicos no final da tarde para que o paciente possa dormir quando forem maiores os efeitos eméticos.

Garantir uma ingestão adequada de líquidos para prevenir desidratação e desequilíbrio eletrolítico.

Monitorar a eficácia das medidas de controle da náusea e do vômito.

Oferecer seis refeições pequenas diariamente, conforme a tolerância.

Orientar o paciente a evitar alimentos quentes e temperados.

Oferecer alimentos nutritivos e agradáveis ao paladar do paciente.

Monitorar o estado nutricional e o peso.

Monitorar o surgimento de indícios de infecção da mucosa oral.

Estimular uma boa higiene oral mediante o uso de dispositivos higienizadores, como fio dental sem cera e que não desfie e escova de dente elétrica, conforme apropriado.

Iniciar atividades de restauração da saúde oral, como o uso de saliva artificial, estimulantes da saliva, vaporizadores bucais sem álcool em sua base, dispositivos refrescantes sem açúcar e tratamentos com flúor, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente a autoavaliação da cavidade oral, inclusive sinais e sintomas a informar para serem mais bem avaliados (p. ex., ardência, dor, sensibilidade).

Orientar o paciente sobre a necessidade de cuidado dentário frequente para acompanhamento, já que as cáries dentárias se formam com rapidez.

Orientar o paciente a usar suspensão oral de nistatina para controle de infecção por fungo, conforme apropriado.

Orientar o paciente a evitar extremos de temperatura e tratamentos químicos do cabelo enquanto estiver em tratamento.

Informar ao paciente que a perda de cabelos é algo esperado, conforme determina o tipo de terapia.

Auxiliar o paciente a planejar a perda dos cabelos, conforme apropriado, explicando-lhe as alternativas disponíveis, como perucas, lenços, chapéus e turbantes.

Ensinar o paciente a lavar e pentear os cabelos delicadamente e a dormir com fronha de seda no travesseiro para evitar mais perda de cabelo, conforme apropriado.

Tranquilizar o paciente no sentido de que os cabelos crescerão novamente, concluído o tratamento, conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família a monitorar a toxicidade dos órgãos, conforme determinado pelo tipo de terapia.

Discutir aspectos potenciais de disfunção sexual, conforme apropriado.

Ensinar as implicações da terapia relacionadas à disfunção sexual, inclusive o prazo para uso de contraceptivos, conforme apropriado.

Monitorar o nível de fadiga, pedindo ao paciente que a descreva.

Ensinar ao paciente e à família técnicas de controle da energia, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a controlar a fadiga planejando períodos frequentes de repouso, espaçando as atividades e limitando as demandas diárias, conforme apropriado.

Facilitar a expressão dos medos sobre o prognóstico ou o sucesso dos tratamentos.

Oferecer informações concretas e objetivas relativas aos efeitos da terapia para reduzir incertezas, medos e ansiedade sobre sintomas relacionados ao tratamento.

Orientar os sobreviventes de longo prazo e suas famílias sobre a possibilidade de outros eventos malignos e a importância de informar sobre aumento da suscetibilidade a infecções, fadiga ou sangramento.

Seguir as recomendações para um manuseio seguro de fármacos antineoplásicos parenterais durante o preparo e a administração.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Barsevick A.M., Whitmer K., Sweeney C., Nail L.M. A pilot study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue. *Cancer Nursing*. 2002;25(5):333-341.

Brown K.A., Esper P., Kelleher L.O., Brace O'Neill J.E., Polovich M, White J.M., editors. *Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, 2001.

LeMone P., Burke K.M. *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*, 2nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2000:338-344.

Nail L.M. Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(3):537-546.

Oncology Nursing Society. *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice*. Pittsburgh, PA: Author, 2004.

Oncology Nursing Society, Itano J., Taoka K.N. *Core curriculum for oncology nursing practice*, 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.

Wegenek M.H. Chemotherapy management. In: Bulechek G, McCloskey J, editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:285-296.

Yarbro C.H., Frogge M.H., Goodman M. *Cancer nursing: Principles and practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett, 2005.

R

Conduta da RADIOTERAPIA (6600)

Definição: Assistência ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos.

Atividades:

Monitorar os esforços de rastreamento pré-tratamento em pacientes de risco, efeitos secundários com início precoce, duração maior e desagradáveis.

Promover atividades de modificação dos fatores de risco identificados.

Monitorar a ocorrência de efeitos secundários e tóxicos do tratamento.

Dar informações ao paciente e familiares sobre o efeito radiativo nas células malignas.

Usar as precauções recomendadas contra radiação no tratamento de pacientes com marca-passos cardíacos.

Monitorar a ocorrência de alterações na integridade da pele e tratar de forma correta.

Evitar o uso de esparadrapos e outras substâncias que irrite a pele.

Oferecer cuidados especiais da pele às dobras dos tecidos propensas a infecção (p. ex., nádegas, períneo e virilha).

Evitar aplicação de desodorantes e loções pós-barba nas áreas tratadas.

Discutir a necessidade de cuidar da pele, como manutenção de marcas de tintura, forma de evitar sabonetes e outros unguentos e proteção durante exposição ao sol ou aplicação de calor.

Auxiliar o paciente a planejar a perda dos cabelos, conforme apropriado, ensinando sobre alternativas disponíveis, como uso de peruca, lenços, chapéus e turbantes.

Ensinar o paciente a, com delicadeza, lavar e pentear os cabelos e a dormir com fronha de seda para evitar mais perda de cabelos, conforme apropriado.

Tranquilizar o paciente de que os cabelos crescerão novamente após o tratamento, conforme apropriado.

Monitorar aparecimento de indicadores de infecção da mucosa oral.

Encorajar uma boa higiene oral com o uso de dispositivos de limpeza dos dentes, como fio dental sem cera e que não crie filamentos, escovas de dente elétricas ou *water-piks*, conforme apropriado.

Iniciar as atividades restauradoras da saúde oral, como o uso de saliva artificial, estimulantes da saliva, borrifadores da boca sem álcool, gomas de mascar sem açúcar e tratamentos com flúor, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente a autoavaliação da cavidade oral, inclusive sinais e sintomas a informar para melhor avaliação (p. ex., queimaduras, dor e sensibilidade).

Ensinar ao paciente a necessidade de cuidado dentário frequente de acompanhamento, uma vez que cáries podem se formar com rapidez.

Monitorar o paciente quanto a anorexia, náusea, vômito, mudanças no paladar, esofagite e diarreia, conforme apropriado.

Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes.

Promover uma dieta terapêutica para evitar complicações.

Discutir os aspectos potenciais de disfunção sexual, conforme apropriado.

Ensinar as implicações da terapia na função sexual, inclusive prazo para uso de contraceptivos, conforme apropriado.

Administrar medicamentos, se necessário, para controle dos efeitos secundários (p. ex., antieméticos para náusea e vômito).

Monitorar o nível de fadiga pedindo que o paciente a descreva.

Ensinar ao paciente e familiares técnicas de uso da energia, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a controlar a fadiga, planejando períodos frequentes de descanso, espaçando as atividades e limitando as demandas diárias, conforme apropriado.

Encorajar o repouso logo após os tratamentos.

Ajudar o paciente a obter níveis adequados de conforto com o uso de técnicas de manejo da dor que sejam eficientes e aceitas por ele.

Obrigiar a ingerir líquidos de modo a manter a hidratação renal e vesical, conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de indicadores de infecção do trato urinário.

Ensinar os pacientes e familiares sobre os efeitos da terapia no funcionamento da medula óssea, conforme apropriado.

Orientar o paciente e a família sobre formas de prevenir infecção, como evitar multidões, manter boa higiene e ter técnicas de lavagem das mãos, conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção sistêmica, anemia e sangramento.

Instituir precauções neutropênicas e contra sangramento, se indicado.

Facilitar a discussão das sensações relativas ao equipamento radioterápico pelo paciente, conforme apropriado.

Facilitar a manifestação dos medos sobre prognóstico ou sucesso dos tratamentos.

Dar informações objetivas concretas relativas aos efeitos da terapia para reduzir a incerteza, o medo e a ansiedade do paciente em relação aos sintomas associados ao tratamento.

Orientar sobreviventes de longo tempo e familiares sobre a possibilidade de reaparecimento de malignidades e a importância de relatar o aumento de suscetibilidade a infecções, cansaço ou sangramento.

Iniciar e manter a proteção, conforme o protocolo da agência, a paciente que recebe tratamento radioterápico interno (p. ex., colocação de sementes de ouro ou agentes radiofarmacológicos).

Explicar os protocolos de proteção ao paciente e familiares, e às visitas.

Oferecer recreação enquanto o paciente estiver sob proteção radioterápica.

Limitar o tempo das visitas no quarto, conforme apropriado.

Limitar o tempo dos profissionais no quarto quando o paciente estiver isolado devido a precauções radiativas.

Afastar-se das fontes de radiação enquanto oferece cuidados (p. ex., colocar-se de pé à cabeceira do paciente com implantes uterinos), conforme apropriado.

Proteger-se usando avental de chumbo/protetor enquanto auxilia nos procedimentos que envolvam radiação.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- Barsevick A.M., Whitmer K., Sweeney C., Nail L.M. A pilot study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue. *Cancer Nursing*. 2002;25(5):333-341.
- Brooks-Brunn J.A. Esophageal cancer: An overview. *MEDSURG Nursing*. 2000;9(5):248-254.
- Bruce S.D. Radiation-induced xerostomia: How dry is your patient? *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2004;8(1):61-68.
- Colella J., Scrofine S. High-dose brachytherapy for treating prostate cancer: Nursing considerations. *Urologic Nursing*. 2004;24(1):39-44. 52
- Christman N.J., Cain L.B. The effects of concrete objective information and relaxation on maintaining usual activity during radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(2):E39-E45.
- D'Haese S., Bate T., Claes S., Boone A., Vanvoorden V., Efficace F. Management of skin reactions during radiation therapy: A study of nursing practice. *European Journal of Cancer Care*. 2005;14:28-42.
- Hogle W.P. Pacing the standard of nursing practice in radiation oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2001;5(6):253-256. 267-268
- Magnan M.A., Mood D.W. The effects of health state, hemoglobin, global symptom distress, mood disturbance, and treatment site on fatigue onset, duration, and distress in patients receiving radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*. 2003;30(2):E33-E39.
- Nail L.M. Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(3):537-546.
- Oncology Nursing Society, Brant J.M., Wickham R.S. Statement on the scope and standards of oncology nursing practice. Pittsburgh, PA: Author, 2004.
- Oncology Nursing Society, Itano J., Taoka K.N. Core curriculum for oncology nursing practice, 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
- Smith M., Casey L., Johnson D., Gwede C., Riggan O.Z. Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*. 2001;28(5):855-862.
- Yarbro C.H., Frogge M.H., Goodman M. Cancer nursing: Principles and practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2005.

Assistência no Controle da RAIVA (4640)

Definição: Facilitação da manifestação da raiva de forma adequada e não violenta.

Atividades:

Estabelecer confiança básica e afinidade com o paciente.

Usar abordagem calma e tranquilizadora.

Determinar expectativas comportamentais apropriadas à expressão da raiva, considerado o nível de funcionamento cognitivo e físico do paciente.

Limitar o acesso a situações frustrantes até que o paciente consiga expressar a raiva de maneira adequada.

Encorajar o paciente a buscar ajuda de profissionais da enfermagem ou de pessoas responsáveis em períodos de maior tensão.

Monitorar o potencial para agressão inadequada e intervir antes de sua manifestação.

Prevenir lesão física caso a raiva esteja direcionada a si ou a outros (p. ex., imobilizar e retirar armas potenciais).

Desencorajar atividades intensas (p. ex., sacos para soquear, andar de um lado a outro, exercício em excesso).

Instruir sobre métodos para ajustar a experiência de emoção forte (p. ex., treino de assertividade, técnicas de relaxamento, escrita de diário, recreação).

Oferecer segurança ao paciente no sentido de que os enfermeiros intervirão para evitar que ele perca o controle.

Encorajar a colaboração para resolver problemas.

Oferecer medicamentos, conforme apropriado.

Usar controles externos (p. ex., contenção física ou manual, intervalos e isolamento), sempre que necessário (como último recurso) para acalmar um paciente que manifesta raiva de maneira inadequada.

Oferecer *feedback* sobre comportamento para ajudar o paciente a identificar a raiva.

Auxiliar o paciente a identificar a fonte da raiva.

Identificar a função da raiva, da frustração e da fúria para o paciente.

Identificar as consequências de expressão inadequada da raiva.

Auxiliar o paciente a planejar estratégias de prevenção de expressão inadequada da raiva.

Identificar com o paciente os benefícios da expressão da raiva de forma adequada e não violenta.

Estabelecer a expectativa de que o paciente consegue controlar seu comportamento.

Orientar sobre o uso de medidas para acalmar (p. ex., intervalos e respirações profundas).

Auxiliar a desenvolver métodos adequados de expressão da raiva para os outros (p. ex., assertividade e uso de declaração de sentimentos).

Oferecer modelos de papel que expressem a raiva de forma adequada.

Apoiar o paciente na implementação de estratégias de controle da raiva e de sua expressão de maneira apropriada.

Oferecer reforço para manifestações adequadas da raiva.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

Bushman B.J. Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2002;28(6):724-731.

Carpenito L.J. Nursing diagnosis: Application to clinical practice, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Harris D., Morrison E.F. Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1995;9(4):203-210.

Kanak M.F. Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-395.

Morrison E.F. Toward a better understanding of violence in psychiatric settings: Debunking the Myths. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1993;7(6):328-335.

Schultz J.M., Videbeck S.L. Lippincott's manual of psychiatric nursing careplans, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Stuart G., Laraia M.T. Principles and practice of psychiatric nursing, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

REANIMAÇÃO Cardiopulmonar (6320)

Definição: Administração de medidas de emergência para manutenção da vida.

Atividades:

Monitorar o nível de percepção e a função sensorial/motora.

Usar a manobra de inclinação da cabeça ou mandibular para manter uma via aérea desobstruída.

Desobstruir secreção oral, nasal e traqueal, conforme apropriado.

Administrar ventilação manual, conforme apropriado.

Fazer reanimação cardiopulmonar, conforme apropriado.

Auxiliar em massagem aberta do peito, conforme apropriado.

Chamar „código” e conseguir a ajuda necessária, conforme apropriado.

Solicitar ajuda médica, se necessário.

Conectar a pessoa a um monitor ECG.

Iniciar uma linha IV e administrar líquidos IV, se indicado.

Providenciar equipamento de prontidão (e/ou fármacos).

Aplicar monitor cardíaco/apneia.

Checar se o equipamento eletrônico está funcionando corretamente.

Conseguir eletrocardiograma.

Avaliar as mudanças na dor no peito.

Ajudar a inserir tubo endotraqueal (TE).

Investigar os sons pulmonares após intubação quanto à posição correta do tubo endotraqueal.

Ajudar a fazer exame radiográfico do tórax após intubar.

Solicitar leito na UTI e ventilador, conforme apropriado.

Providenciar transporte seguro.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

American Heart Association. Textbook of advanced cardiac life support. Dallas, TX: Author, 1987.

Davis A. The boundaries of intervention: Issues in the noninfliction of harm. In: Fowler M., Levine-Ariff J., editors. *Ethics at the bedside*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1987:50-78.

Marco C.A. Resuscitation research: Future directions and ethical issues. *Academic Emergency Medicine*. 2001;8(8):839-843.

Nelson D.M. Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):301-324. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

REANIMAÇÃO Cardiopulmonar: feto (6972)

Definição: Administração de medidas de emergência para melhorar a perfusão placentária ou corrigir o estado ácido-básico do feto.

Atividades:

Monitorar os sinais vitais usando a ausculta e a palpação, ou o monitor eletrônico fetal, conforme apropriado.

Observar o surgimento de sinais anormais de frequência cardíaca fetal (p. ex., acelerações), como bradicardia, taquicardia, ausência de reação, desacelerações variáveis, desacelerações tardias, desacelerações prolongadas, variabilidade reduzida de longo prazo e/ou de curto prazo e padrão sinusial.

Incluir a mãe e a pessoa de apoio nas explicações das medidas necessárias para melhorar a oxigenação fetal.

Usar precauções universais.

Reposicionar a mãe para uma posição de lado ou com as mãos nos joelhos.

Reavaliar a frequência cardíaca do feto.

Aplicar oxigênio a 6 a 8 L se a posição for ineficiente para corrigir o padrão anormal ou não tranquilizador da frequência cardíaca fetal.

Iniciar o acesso intravenoso, conforme apropriado.

Dar um *bolus* de líquido IV, conforme ordem médica ou protocolo.

Monitorar os sinais vitais maternos.

Fazer exame vaginal com estimulação do couro cabeludo do feto.

Elogiar a parteira ou o médico sobre o resultado das medidas de reanimação.

Documentar a interpretação da tira, as atividades realizadas, o resultado fetal e a reação materna.

Aplicar monitores internos assim que as membranas amnióticas se romperem para obter mais informações sobre a resposta da frequência cardíaca do feto à atividade uterina.

Tranquilizar e acalmar a mãe e a(s) pessoa(s) de apoio.

Reduzir a atividade uterina suspendendo a infusão de ocitocina, conforme apropriado.

Administrar medicação tocolítica para reduzir as contrações, conforme apropriado.

Fazer amnioinfusão em caso de desacelerações variáveis anormais (p. ex., de intranquilidade) na frequência cardíaca fetal, ou líquido amniótico com mecônio.

Virar para a posição lateral esquerda para esforço de empurrar durante o segundo estágio do trabalho de parto para melhorar a perfusão placentária.

Acompanhar para reduzir as tentativas de empurrar em relação a sinais anormais (p. ex., de aceleração) no coração do feto para possibilitar o restabelecimento da perfusão placentária.

Consultar o obstetra para conseguir uma amostra do sangue do feto, conforme apropriado.

Antecipar as exigências relativas ao modo de nascimento e apoio neonatal, com base nas reações do feto às técnicas de reanimação.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

- Galvan B., Van Mullen C., Broekhuizen F. Using amnioinfusion for the relief of repetitive variable decelerations during labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1989;18(93):222-229.
- Knorr L.J. Relieving fetal distress with amnioinfusion. *American Journal of Maternal/Child Nursing*. 1989;14(5):346-350.
- Murray M. Essentials of electronic fetal monitoring. Antepartal and intrapartal fetal monitoring. Washington, DC: Nurses Association of the American College of Obstetricians & Gynecologists, 1988.
- Pillitteri A. Nursing care of high-risk newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:747-795.
- Roberts J.E. Managing fetal bradycardia during second stage of labor. *American Journal of Maternal/Child Nursing*. 1989;14(6):394-398.

REANIMAÇÃO Cardiopulmonar: neonato (6974)

Definição: Administração de medidas de emergência em apoio à adaptação do neonato à vida extrauterina.

Atividades:

- Montar o equipamento de reanimação antes do nascimento.
- Testar a bolsa de reanimação, a sucção e o fluxo do oxigênio para garantir o funcionamento correto.
- Colocar o recém-nascido sob aquecedor irradiador.
- Inserir laringoscópio para visualizar a traqueia para succionar líquido com mecônio, se for o caso.
- Entubar com sonda endotraqueal para remover mecônio da via aérea inferior, conforme apropriado.
- Reintubar e aspirar até que o retorno esteja sem mecônio.
- Usar sucção mecânica para retirar mecônio de via aérea inferior.
- Secar com cobertor pré-aquecido para retirar o líquido amniótico, reduzir perda de calor e estimular.
- Posicionar o recém-nascido de costas, com o pescoço levemente estendido para abrir via aérea.
- Colocar rolinho de cobertor sob os ombros para ajudar a corrigir a posição, conforme apropriado.
- Aspirar secreções do nariz e boca com seringa com bulbo.
- Oferecer estímulos táteis esfregando as solas dos pés ou as costas do bebê.
- Monitorar as respirações.
- Monitorar a frequência cardíaca.
- Iniciar ventilação com pressão positiva para apneia ou respiração difícil.
- Usar oxigênio a 100%, a 5 a 8 L, para encher a bolsa de reanimação.
- Ajustar a bolsa para posicionar bem.
- Conseguir um fechamento firme com máscara que cubra o queixo, a boca e o nariz.
- Ventilar a uma taxa de 40 a 60 respirações por minuto usando de 20 a 40 cm de água nas primeiras respirações, e de 15 a 20 cm de água nas pressões posteriores.
- Auscultar para garantir uma ventilação adequada.

Checar a frequência cardíaca após 15 a 30 segundos de ventilação.

Fazer compressão torácica diante de frequência cardíaca < 60 batimentos por minuto, ou se > 80 batimentos por minuto, sem aumentos.

Comprimir o esterno cerca de 1,2 cm a 1,9 cm, com uma proporção de 3:1 para realizar 90 compressões e 30 respirações por minuto.

Checar a frequência cardíaca após 30 segundos de compressões.

Manter as compressões até que a frequência cardíaca esteja > 80 batimentos/minuto.

Continuar as ventilações até iniciarem as respirações espontâneas adequadas e a cor ficar rosada.

Inserir sonda endotraqueal para ventilação prolongada ou reação insatisfatória à ventilação com a bolsa e a máscara.

Auscultar sons respiratórios bilaterais para confirmar a colocação da sonda endotraqueal.

Observar a ocorrência de elevação do peito sem distensão gástrica para confirmar a colocação.

Firmar a via aérea no rosto com esparadrapo.

Inserir cateter orogástrico se a ventilação for oferecida por mais de dois minutos.

Preparar os medicamentos, se necessário (p. ex., antagonistas narcóticos, epinefrina, expansores de volume e bicarbonato de sódio).

Administrar os medicamentos conforme ordem médica.

Documentar hora, sequência e reações neonatais a todas as fases da reanimação.

Oferecer explicações aos pais, conforme apropriado.

Auxiliar a transferir ou transportar o neonato, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

American Heart Association & American Academy of Pediatrics. Textbook of neonatal resuscitation. Elk Grove Village, IL: Author, 1990.

Keenan W.J., Raye J.R., Schell B. NRP instructor update. Elk Grove Village, IL: American Heart Association & American Academy of Pediatrics, 1993.

Pillitteri A. Nursing care of high-risk newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:747-795.

Cuidados com o RECÉM-NASCIDO (6880)

Definição: Cuidados com o recém-nascido durante a transição para a vida extrauterina e o período subsequente de estabilização.

Atividades:

Desobstruir vias aéreas, retirando muco, logo após o nascimento.

Pesar e medir o recém-nascido.

Determinar a idade gestacional.

Comparar o peso do recém-nascido com a idade gestacional estimada.

Monitorar a temperatura corporal do recém-nascido.

Manter aquecido o corpo do recém-nascido.

Secar o bebê imediatamente após o nascimento, evitando a perda de calor.

Envolver o bebê em cobertor imediatamente após o nascimento, mantendo a temperatura do corpo, caso não seja colocado em aquecedor.

Colocar gorro elástico para evitar perda de calor.

Colocar o recém-nascido em incubadora ou sob um berço aquecido, conforme necessário.

Elevar a cabeceira do colchão da incubadora ou do berço para melhorar a função respiratória.

Colocar o bebê junto ao seio da mãe imediatamente após o nascimento, conforme apropriado.

Monitorar/avaliar o reflexo de sucção durante a alimentação.

Dar o primeiro banho no recém-nascido após estabilização da temperatura.

Segurar o bebê ou tocá-lo no berço regularmente, conforme apropriado.

Providenciar cuidados oftalmológicos profiláticos.

Medir a circunferência da cabeça.

Determinar tipo e grupo sanguíneo materno e do bebê.

Envolver o bebê no colo para promover o sono e proporcionar sensação de proteção.

Usar rolo de cobertor nas costas do recém-nascido para posicioná-lo de lado.

Posicionar o recém-nascido de costas ou de lado após a alimentação.

Posicionar o bebê com a cabeça mais alta para regurgitar.

Reforçar ou oferecer informações sobre as necessidades nutricionais do recém-nascido.

Determinar a condição do cordão umbilical do bebê antes de transfusão, usando a veia umbilical.

Limpar o cordão umbilical com o preparado prescrito.

Manter o cordão umbilical seco e exposto ao ar, colocando as fraldas abaixo dele.

Limpar a circuncisão e aplicar curativo com vaselina.

Colocar fraldas bem frouxas após a circuncisão.

Remover a contenção do bebê imediatamente, diante de necessidade de procedimentos.

Proteger o recém-nascido de fontes de infecção no ambiente hospitalar.

Determinar o estado do recém-nascido antes do oferecimento dos cuidados.

Proporcionar um ambiente calmo e tranquilizador.

Reagir aos indicadores do recém-nascido relativos aos cuidados, facilitando o desenvolvimento da confiança.

Fazer contato com o olhar e conversar com o recém-nascido enquanto cuida dele.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Betz C.L., Hussberger M.M., Wright S. Family centered nursing of children. Philadelphia: W.B. Saunders, 1994.

Bobak I.M., Jensen M., Lowdermilk D.L. Maternity & gynecologic care: The nurse and the family, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Olds S.B., London M.L., Ladewig P.A. Maternal-newborn nursing: A family centered approach, 4th ed. Redwood City, CA: Addison-Wesley, 1992.

Pillitteri A. Nursing care of a newborn and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:679-721.

Wong D. Whaley & Wong's essentials of pediatric nursing, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Monitoramento do RECÉM-NASCIDO (6890)

Definição: Mensuração e interpretação do estado fisiológico do recém-nascido durante as primeiras 24 horas após o nascimento.

Atividades:

Fazer a avaliação de Apgar no primeiro e no quinto minutos após o nascimento.

Monitorar a temperatura do recém-nascido até sua estabilização.

Monitorar a frequência e o padrão respiratório.

Monitorar o estado respiratório observando sinais de sofrimento respiratório: taquipneia, movimento das asas do nariz, grunhidos, retrações, roncos ou estertores.

Monitorar a ocorrência de sofrimento respiratório, hipoglicemia e anomalias quando a mãe for diabética.

Monitorar a frequência cardíaca do recém-nascido.

Monitorar a cor do recém-nascido.

Monitorar o aparecimento de sinais de hiperbilirrubinemia.

Monitorar a capacidade do bebê para sugar.

Monitorar a primeira alimentação do recém-nascido.

Monitorar o peso recém-nascido.

Manter um registro preciso da ingestão e eliminação.

Registrar a primeira eliminação urinária e intestinal do recém-nascido.

Monitorar o cordão umbilical.

Monitorar a reação do recém-nascido do sexo masculino à circuncisão.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

RECLUSÃO (6630)

Definição: Contenção solitária em ambiente totalmente protegido, com vigilância atenta por enfermeiros para o manejo da segurança ou do comportamento.

Atividades:

Conseguir uma ordem médica, se exigida pela política institucional, para usar uma intervenção de contenção física.

Escolher um enfermeiro para comunicar-se com o paciente e dirigir os demais profissionais.

Identificar para o paciente e pessoas significativas aqueles comportamentos que precisavam de intervenção.

Explicar o procedimento, a finalidade e o período da intervenção ao paciente e pessoas importantes, em termos compreensíveis e não punitivos.

Explicar ao paciente e pessoas importantes os comportamentos necessários à suspensão da intervenção.

Fazer um contrato com o paciente (se ele estiver capaz) para manter o controle do comportamento.

Orientar sobre métodos de autocontrole, conforme apropriado.

Ajudar a vestir roupas seguras e retirar joias e óculos.

Retirar da área da reclusão todos os itens que o paciente possa usar para causar danos a si ou aos enfermeiros.

Ajudar com as necessidades relativas à nutrição, eliminação, hidratação e higiene pessoal.

Oferecer alimentos e líquidos em recipientes inquebráveis.

Providenciar o nível adequado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente e possibilitar ações terapêuticas se necessário.

Admitir sua presença ao paciente com periodicidade.

Administrar medicamentos para ansiedade ou agitação, quantas vezes for necessário.

Oferecer conforto psicológico ao paciente se necessário.

Monitorar a área da reclusão quanto a temperatura, limpeza e segurança.

Organizar a limpeza rotineira da área de reclusão.

Avaliar regularmente a necessidade que tem o paciente de continuar a intervenção de contenção.

Envolver o paciente, quando convier, na tomada de decisão de passar a uma intervenção mais/menos restritiva.

Determinar a necessidade de manter a reclusão para o paciente.

Documentar as razões da intervenção restritiva, a resposta do paciente à intervenção, a condição física do paciente, o atendimento de enfermagem oferecido durante a intervenção e a justificativa para suspender a intervenção.

Processar com o paciente e os enfermeiros a suspensão da intervenção restritiva, as circunstâncias que levaram ao seu uso, além das preocupações que o paciente possa manifestar acerca da intervenção em si.

Providenciar o nível seguinte adequado de intervenção restritiva (p. ex., contenção física ou limitação de área), se necessário.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Craig C., Ray F., Hix C. Seclusion and restraint: Decreasing the discomfort. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1989;27(7):16-19.

Harper-Jaques S., Reimer M. Management of aggression and violence. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:802-822.

Kanak M.F. Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-395. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Kirkpatrick H. A descriptive study of seclusion: The unit environment, patient behavior, and nursing interventions. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1989;3(1):3-9.

Thackrey M. Therapeutics for aggression: Psychological/physical crisis intervention. New York: Human Sciences Press, 1987.

Terapia de RECORDAÇÕES (4860)

Definição: Uso de lembrança de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o prazer, a qualidade de vida, ou a adaptação às atuais circunstâncias.

Atividades:

Escolher um cenário confortável.

Disponibilizar o tempo adequado.

Identificar, com o paciente, um assunto para cada sessão (p. ex., vida profissional).

Escolher uma quantidade adequada e pequena de participantes para a terapia em grupo de recordações.

Usar habilidades eficientes de ouvir e frequentar.

Determinar o método mais eficiente para a terapia de recordações (p. ex., autobiografia gravada, diário, revisão estruturada da vida, *scrapbook*, discussão franca e relato de histórias).

Apresentar os elementos deflagradores (p. ex., música para ouvir, álbuns de fotos para serem vistos, perfumes para o olfato), com foco nos cinco sentidos para estimular as recordações.

Encorajar a expressão verbal de sentimentos positivos e negativos de eventos passados.

Observar a linguagem corporal, a expressão facial e o tom de voz para identificar a importância das lembranças para o paciente.

Fazer perguntas aberto-fechadas sobre os acontecimentos passados.

Estimular a escrita sobre os eventos passados.

Manter o foco das sessões mais no processo que no produto final.

Oferecer apoio, encorajamento e oferecer empatia aos participantes.

Usar itens, temas e técnicas desencadeadores culturalmente sensíveis.

Ajudar a pessoa a abordar lembranças que causam dor, raiva ou outros elementos negativos.

Usar álbuns de fotos do paciente ou *scrapbooks* para estimular as lembranças.

Ajudar o paciente a criar uma árvore genealógica, ou a adicionar itens a essa árvore genealógica, ou a escrever sua história oral.

Encorajar o paciente a escrever para velhos amigos ou parentes.

Usar habilidades de comunicação, como foco, reflexão e reenunciado para desenvolvimento de relacionamentos.

Comentar a qualidade afetiva que acompanha as lembranças, de forma empática.

Usar perguntas diretas para reconduzir o foco nos eventos da vida se necessário.

Informar os familiares sobre os benefícios das recordações.

Medir a duração da sessão por meio do alcance da atenção do paciente.

Dar *feedback* positivo imediato a pacientes com deficiência cognitiva.

Reconhecer as habilidades anteriores de enfrentamento.

Repetir as sessões semanalmente, ou com mais frequência, por período prolongado.

Medir o número de sessões pela reação e do paciente e seu desejo de continuar.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Brady E.M. Stories at the hour of our death. *Home Healthcare Nurse*. 1999;17(3):176-180.

Burnside I. Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *Nurse Practitioner*. 1994;19(4):55-61.

Burnside I., Haight B. Reminiscence and life review: Analyzing each concept. *Journal of Advanced Nursing*. 1992;17:855-862.

Coleman P.G. Creating a life story: The task of reconciliation. *The Gerontologist*. 1999;39(2):133-139.

Haight B.K. Life reviews: Helping Alzheimer's patients reclaim a fading past. *Reflections on Nursing Leadership*. 2001;27(1):20-22.

Hamilton D. Reminiscence therapy. In: Bulechek G., McCloskey J., editors. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:292-303.

Harrand A.G., Bollstetter J.J. Developing a community-based reminiscence group for the elderly. *Clinical Nurse Specialist*. 2000;14(1):17-22.

Johnson R.A. Reminiscence therapy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:371-384.

Puentes W.J. Using social reminiscence to teach therapeutic communication skills. *Geriatric Nursing*. 2000;21(6):315-318.

Terapia RECREACIONAL (5360)

Definição: Uso proposital da recreação para promover relaxamento e melhorar habilidades sociais.

Atividades:

Auxiliar o paciente/família a identificar deficiências na mobilidade.

Auxiliar a investigar o significado pessoal das atividades recreativas preferidas.

Monitorar as capacidades físicas e mentais para participar em atividades recreativas.

Incluir o paciente no planejamento de atividades recreativas.

Auxiliar o paciente a escolher atividades recreativas coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais.

Auxiliar a conseguir os recursos necessários à atividade recreativa.

Auxiliar o paciente a identificar atividades recreativas que tenham valor.

Descrever os benefícios da estimulação de uma variedade de modalidades sensoriais.

Oferecer um ambiente recreativo seguro.

Observar precauções de segurança.

Supervisionar as sessões recreativas, conforme apropriado.

Oferecer novas atividades recreativas adequadas à idade e à capacidade, como trabalho manual, fazer doces ou visita a fazenda com cavalos.

Oferecer atividades recreativas voltadas à redução da ansiedade (p. ex., cartas e jogos com palavras).

Ajudar a conseguir transporte para as atividades recreativas.

Oferecer reforço positivo à participação nas atividades.

Monitorar a resposta emocional, física e social à atividade recreativa.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Carlo S., Deichman E.S. Enlarging the circles of interest. *Nursing Homes*. 1990;39(1):16-17.

Donaghy P. Recreation in a nursing home: A nursing success. *Australian Nurses Journal*. 1991;21(4):14-16.

Frisch N. Group therapy. In: Frisch N.C., Frisch L., editors. *Psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar; 2002:711-725.

Hutchinson S.A. The PALS program: Intergenerational remotivation. *Journal of Gerontological Nursing*. 1990;16(12):18-26. 40-42

Lyall J. Beyond bingo ... activity is central to the well-being of elderly people in residential homes. *Nursing Times*. 1993;89(36):16-17.

Assistência quanto a RECURSOS Financeiros (7380)

Definição: Assistência a indivíduo/família para garantir e controlar os recursos financeiros de modo a atender às necessidades de cuidados de saúde.

Atividades:

Determinar o uso que o paciente faz, no momento, do sistema de atendimento de saúde e seu impacto financeiro.

Auxiliar o paciente a identificar necessidades financeiras, inclusive análise de bens e compromissos financeiros.

Determinar a capacidade cognitiva do paciente para ler, preencher formulários, usar cheques, controlar o dinheiro.

Determinar as despesas diárias do paciente.

Priorizar as necessidades diárias na vida do paciente e auxiliá-lo a elaborar um plano de atendimento a elas.

Elaborar um plano de cuidados que estimule o paciente/família a acessar os níveis adequados de atendimento da forma financeiramente mais eficaz.

Informar o paciente sobre os serviços disponíveis pelos programas do governo estadual e federal.

Determinar se o paciente pode candidatar-se a programas privilegiados.

Encaminhar um paciente que tem direito a programas de recursos do governo estadual e federal para as pessoas certas.

Informar o paciente sobre recursos disponíveis e ajudá-lo a ter acesso a eles (p. ex., programa de auxílio com medicamentos, programa de auxílio municipal).

Ajudar o paciente a fazer um orçamento e/ou encaminhá-lo a uma pessoa adequada que entenda de recursos financeiros (p. ex., planejador de finanças, planejador de bens, conselheiro do consumidor), conforme necessário.

Ajudar o paciente a preencher solicitações de recursos à sua disposição, se necessário.

Ajudar o paciente a planejar o local de cuidados em longo prazo, se necessário.

Auxiliar o paciente a garantir que o dinheiro está em local seguro (i.e., banco), se necessário.

Ajudar o paciente a conseguir auxílio-funeral, conforme apropriado.

Encorajar a família a envolver-se na condução das finanças, conforme apropriado.

Representar as necessidades financeiras dos pacientes em conferências multidisciplinares, se necessário.

Cooperar com instituições da comunidade no oferecimento dos serviços necessários ao paciente.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- Antonello S.J. Social skills development: Practical strategies for adolescents and adults with developmental disabilities. Boston: Allyn & Bacon, 1996.
- Bush G.W. Calculating the cost of long-term living: A four-step process. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1990;5(1):47-56.
- Horner M., Rawlins P., Giles K. How parents of children with chronic conditions perceive their own needs. *Maternal Child Nursing*. 1987;12(1):40-43.
- Klug R.M. Understanding private insurance for funding pediatric home care. *Pediatric Nursing*. 1991;17(2):197-198.
- McDowell I., Newell C. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996.
- Olen D.R. Teaching life skills to children: A practical guide for parents and teachers. New York: Paulist Press, 1984.
- Peterson D.A. Facilitating education for older learners. San Francisco: Jossey Bass, 1983.
- Pfeffer R.I., Kurosaki T.T., Harrah C.H.Jr., Chance J.M., Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*. 1992;37(3):323-329.
- Schmall V.L. Family caregiver education and training: Enhancing self-efficacy. *Journal of Case Management*. 1995;4(4):156-162.
- Social Security Administration, Office of Disability. Disability evaluation under social security. Baltimore, MD: Author, 1998. (SSA Publication No. 64-039)

Gerenciamento de RECURSOS Financeiros (8550)

Definição: Obtenção e direcionamento do uso de recursos financeiros que garantam o desenvolvimento e a continuação de programas e serviços.

Atividades:

Elaborar um plano de negócios.

Fazer uma análise do custo-benefício de programas e serviços.

Manter um orçamento adequado aos serviços oferecidos.

Identificar fontes de serviços financeiros.

Gerar aplicações do dinheiro.

Identificar as tentativas do mercado para melhorar programas.

Identificar recursos de outra espécie, que não dinheiro (colaborações), que apoiem programas e serviços.

Analisar a viabilidade econômica de programas com base em tendências.

Implementar políticas e procedimentos relevantes para assegurar o reembolso.

Maximizar o potencial de reembolso (p. ex., certificação de programas, provedores qualificados).

Usar os métodos contábeis adequados para garantir o uso adequado e combinado dos recursos financeiros.

Usar métodos adequados para abordagem de responsabilidades fiduciárias.

Avaliar os resultados e a eficiência de custos do programa.

Fazer as mudanças corretas no uso dos recursos financeiros em resposta à avaliação.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Branowiki P.A., Shermont H. Maximizing resources: A microanalysis assessment tool. *Nursing Management*. 1997;28(5):65-70.

Grimaldi P.L. Financial management: Unsettling times for public health care providers. *Nursing Management*. 1996;27(9):14. 16-17

Klainberg M., Holzemer S., Leonard M., Arnold J. Community health nursing: An alliance for health. New York: McGraw-Hill, 1998.

Stanhope M., Lancaster J. Community health nursing: Promoting health of aggregates, families, and individuals, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

Storfjell J.L., Jessup S. Bringing the gap between finances and clinical operations with activity based cost management. *Journal of Nursing Administration*. 1996;26(12):12-17.

Construção de RELAÇÃO Complexa (5000)

Definição: Estabelecimento de uma relação terapêutica com o paciente para promover *insight* e mudança de comportamento.

Atividades:

Identificar a própria atitude em relação ao paciente e à situação, repetir se necessário.

Determinar os limites éticos da relação, se necessário.

Lidar com os sentimentos pessoais evocados pelo paciente capazes de interferir na eficiência das interações terapêuticas.

Providenciar conforto físico antes das interações.

Discutir a confidencialidade das informações compartilhadas.

Criar um clima de cordialidade e aceitação.

Tranquilizar o paciente quanto a seu interesse por ele como pessoa, conforme apropriado.

Usar a autorrevelação, conforme apropriado.

Retornar, no horário estabelecido, para demonstrar confiança e interesse no paciente.

Manter uma postura corporal aberta.

Ajustar a distância física entre o enfermeiro e o paciente, conforme apropriado.

Monitorar as mensagens não verbais do paciente.

Buscar esclarecimentos sobre as mensagens não verbais, conforme apropriado.

Reagir às mensagens não verbais do paciente conforme apropriado.

Agir como reflexo das principais ideias para o paciente, usando suas próprias palavras.

Fazer a conversa voltar ao assunto principal, se necessário.

Desenvolver formas especiais de comunicação (p. ex., imagens, outras palavras), se necessário.

Estabelecer acordo de aceitação recíproca sobre horário e duração das reuniões, conforme apropriado.

Discutir as responsabilidades do paciente na relação entre duas pessoas, enfermeiro e paciente.

Ajudar o paciente a identificar as áreas que necessitam ser abordadas durante as reuniões.

Estabelecer limites de comportamentos aceitáveis durante as sessões terapêuticas, conforme apropriado.

Estabelecer a hora da próxima interação antes de concluir a reunião a cada vez.

Resumir a conversa ao término da discussão.

Usar um resumo como ponto de partida para futuras conversas.

Identificar a disposição do paciente para investigar os problemas e desenvolver estratégias de mudança.

Encorajar o paciente a usar o tempo necessário para sua expressão.

Auxiliar o paciente na identificação dos sentimentos que impedem sua capacidade de interagir com os outros (p. ex., raiva, ansiedade, hostilidade ou tristeza).

Dar apoio às tentativas do paciente de interagir com os outros de forma positiva.

Preparar-se para a finalização da relação, conforme apropriado.

Facilitar as tentativas do paciente para revisar as experiências da relação terapêutica.

Transmitir o reconhecimento das conquistas durante a relação.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Deering C. Therapeutic relationships and communication. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:55-78.

Forchuk C., Boyd M.A. Communication and the therapeutic relationship. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:173-188.

Hagerty B.M., Patuskay K.I. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35(2):145-150.

Peplau H. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons, 1952.

Terapia de RELAXAMENTO (6040)

Definição: Uso de técnicas de encorajamento e provocação de relaxamento para reduzir sinais e sintomas indesejados, como dor, tensão muscular ou ansiedade.

Atividades:

Descrever as razões para o relaxamento, seus benefícios, limites e tipos disponíveis (p. ex., relaxamento com música, meditação, respiração ritmada, mandibular e progressivo dos músculos).

Sondar se há nível reduzido de energia, incapacidade de concentração, ou outros sintomas concomitantes capazes de interferir na capacidade cognitiva de concentrar-se na técnica de relaxamento.

Determinar se alguma intervenção relaxante no passado foi útil.

Levar em conta o desejo individual de participar, a capacidade de participar, a preferência, experiências anteriores e contraindicações, antes de escolher uma estratégia de relaxamento específica.

Dar uma descrição detalhada da intervenção escolhida para relaxar.

Criar um ambiente calmo e sem interrupções, com iluminação difusa e temperatura confortável, sempre que possível.

Sugerir que a pessoa assuma uma posição confortável, com roupas soltas e os olhos fechados.

Individualizar o conteúdo da intervenção de relaxamento (p. ex., pedindo sugestões de mudança).

Provocar comportamentos que sejam condicionados a produzir relaxamento, como respiração profunda, bocejos, respiração abdominal ou imagens que trazem paz.

Convidar o paciente a relaxar e a permitir a ocorrência das sensações.

Usar o tom de voz suave, com um fluir das palavras lento e ritmado.

Demonstrar e praticar a técnica de relaxamento com o paciente.

Encorajar a demonstração de retorno das técnicas se possível.

Antecipar a necessidade de usar o relaxamento.

Dar informações escritas sobre preparo e envolvimento em técnicas de relaxamento.

Encorajar a repetição ou a prática frequente da técnica(s) escolhida(s).

Proporcionar um tempo sem interrupções, porque o paciente pode adormecer.

Encorajar o controle de quando a técnica de relaxamento é feita.

Com regularidade, avaliar os relatos individuais do relaxamento alcançado e, periodicamente, monitorar a tensão muscular, a frequência cardíaca e a temperatura da pele, conforme apropriado.

Compor uma fita da técnica de relaxamento para uso pela pessoa, conforme apropriado.

Usar o relaxamento como uma estratégia auxiliar da medicação para a dor, ou junto de outras medidas, conforme apropriado.

Avaliar e documentar a resposta à terapia de relaxamento.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- Benson H., Klipper M.Z. Screen for current decreased energy level, inability to concentrate, or other concurrent symptoms that may interfere with cognitive ability to focus on relaxation technique. New York: Harper Collins, 2000.
- Herr K.A., Mobily P.R. Pain management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:149-171.
- Mandle C.L., Jacobs S.C., Arcari P.M., Domar A.D. The efficacy of relaxation response interventions with adult patients: A review of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1996;10:4-26.
- McCaffery M., Pasero C. Practical nondrug approaches to pain. In: McCaffery M., Pasero C., editors. *Pain: Clinical manual*. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1999:399-427.
- Snyder M. Progressive muscle relaxation. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/Alternative therapies in nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 1998:1-14.

Prevenção de Dependência RELIGIOSA (5422)

Definição: Prevenção de um estilo de vida religioso controlado e autoimposto.

Atividades:

Identificar pessoas com risco de dependência excessiva da religião, de líderes religiosos e/ou de prática religiosa.

Examinar as práticas religiosas em termos de relações e crenças equilibradas.

Investigar e encorajar comportamentos que contribuam ao crescimento e desenvolvimento da fé.

Investigar com as pessoas elementos de dependência e liberdade religiosas para a formação religiosa.

Explicar de que forma pessoas, com base em situações de vergonha, são vulneráveis à dependência à religião ou a rituais religiosos.

Examinar a gratidão e o perdão como formas de defender-se de processos dependentes religiosos ou outros.

Oferecer-se para rezar por relações saudáveis e de oferecimento da vida consigo, com Deus/Poder Maior e com outros, conforme apropriado.

Educar as pessoas sobre o processo de desenvolvimento da fé.

Educar as pessoas sobre os perigos de usar a religião para controle de outras pessoas.

Promover a formação de grupos de autoajuda ou de apoio para investigação do equilíbrio no campo religioso.

Identificar e compartilhar recursos de grupos ou serviços de aconselhamento profissional na comunidade.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- Booth L. When God becomes a drug: Breaking the chains of religious addiction and abuse. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, 1991.

Estímulo a Rituais RELIGIOSOS (5424)

Definição: Facilitação da participação em práticas religiosas.

Atividades:

Identificar preocupações do paciente sobre a manifestação religiosa (p. ex., acender velas, jejuar, cerimônias de circuncisão ou práticas alimentares).

Coordenar ou providenciar serviços de cura, comunhão, medicação ou oração na moradia ou outro local.

Encorajar o uso e a participação em rituais ou práticas religiosas normais que não prejudiquem a saúde.

Oferecer vídeo ou fita gravada de áudio de serviços religiosos, se possível.

Tratar a pessoa com dignidade e respeito.

Oferecer oportunidades de discussão de vários sistemas de crença e visões de mundo.

Coordenar ou providenciar transporte ao local de adoração.

Encorajar o planejamento e a participação em ritual, conforme apropriado.

Encorajar a frequência a ritual, conforme apropriado.

Investigar alternativas à adoração.

Encorajar a discussão de preocupações religiosas.

Escutar e desenvolver um senso de oportunidade para a oração ou rituais.

Encaminhar a conselheiro religioso da preferência do paciente.

Ajudar nas modificações do ritual para atender às necessidades dos deficientes ou doentes.

Terceira edição 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Beck R., Metrick S. The art of ritual. Berkley, CA: Celestial Arts, 1990.

LeMone P. Spiritual distress. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:782-793.

Ramshaw E. Ritual and pastoral care. Philadelphia: Fortress Press, 1987.

Walton, D. (1995 October). Adapting faith rituals. *Church of the Brethren Messenger* (p. 14)

Terapia de REPOSIÇÃO HORMONAL (2280)

Definição: Facilitação do uso seguro e eficiente da terapia de reposição hormonal.

Atividades:

Determinar as razões da escolha da terapia de reposição hormonal.

Revisar alternativas à terapia de reposição hormonal.

Monitorar o paciente quanto aos efeitos terapêuticos.

Monitorar a ocorrência de efeitos adversos.

Revisar as informações relativas aos efeitos benéficos e adversos dos vários componentes hormonais (p. ex., estrogênio, progesterona, androgênio).

Revisar informações sobre os efeitos interativos de terapias auxiliares (p. ex., suplemento de cálcio e vitamina D, exercício e uso de tiazida).

Revisar informações sobre os diferentes métodos de administração (p. ex., oral e contínuo combinados, oral em sequência, dérmico e vaginal).

Facilitar a decisão de continuar/interromper.

Facilitar mudanças na terapia de reposição hormonal com o provedor de cuidados primários, conforme apropriado.

Recomendar aos pacientes que tomem decisões anuais de curto prazo sobre a manutenção.

Ajustar os medicamentos ou a dose dos medicamentos, conforme apropriado.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Blackwood M., Creasman W., Speroff L., Postmenopausal hormone therapy: Informed patients, shared decisions. *Women's Health in Primary Care*. Suppl. 1. 2001:28-34.

Pillitteri A. Reproductive and sexual health. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:90-92.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Assessment and management of female physiologic processes. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1368-1409.

Speroff L., Glass R., Kase N. Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 6th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999:725-779.

Wingo P., McTiernan A. The risks and benefits of hormone replacement therapy: Weighing the evidence. In: Goldman M., Hatch M., editors. *Women and health*. San Diego, CA: Academic Press; 2000:1169-1187.

Cuidados com o REPOUSO no Leito (0740)

Definição: Promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações em paciente incapaz de sair do leito.

Atividades:

Explicar as razões da exigência do repouso no leito.

Colocar colchão/cama terapêutica apropriada.

Posicionar em alinhamento corporal correto.

Evitar o uso de lençóis com textura áspera.

Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras.

Colocar na cama um apoio para os pés.

Usar recursos na cama (p. ex., pele de carneiro) que protejam o paciente.

Aplicar dispositivos que evitem a queda plantar.

Elevar as laterais da cama, conforme apropriado.

Colocar o dispositivo de mudança de posição da cama ao alcance da mão do paciente.

Colocar a campainha ao alcance do paciente.

Colocar mesa de cabeceira ao alcance do paciente.

Colocar trapézio à cama, conforme apropriado.

Virar o paciente conforme indicado pela condição da pele.

Virar o paciente imobilizado, no mínimo, de duas em duas horas, conforme horários especificados.

Monitorar a condição da pele.

Ensinar exercícios a serem feitos no leito, conforme apropriado.

Facilitar pequenas trocas para alívio de pressão do peso corporal.

Fazer exercícios passivos e/ou ativos de amplitude de movimentos.

Ajudar nas medidas de higiene (p. ex., uso de desodorante ou perfume).

Auxiliar nas atividades da vida diária.

Aplicar meias antiembolia.

Monitorar a ocorrência de constipação.

Monitorar a função urinária.

Monitorar a condição pulmonar.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Potter P.A., Perry A. Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Titler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M.,

Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Controle da Tecnologia REPRODUTIVA (7886)

Definição: Assistência a paciente por meio das etapas de tratamento complexo para infertilidade.

Atividades:

Providenciar educação sobre várias modalidades de tratamento (p. ex., inseminação intrauterina, transferência-fertilização de embrião *in vitro* (FIV-TE), transferência intrafalópio de gameta (GIFT), transferência intrafalópio de zigoto (ZIFT), espermatozoides de doador, oocitos de doador, portadora da gravidez e transferência).

Discutir os dilemas éticos antes de iniciar determinada modalidade de tratamento.

Investigar os sentimentos sobre tecnologia de reprodução assistida (p. ex., doador conhecido *versus* doador anônimo de

oócito ou esperma, embriões criopreservados, redução seletiva e uso de útero hospedeiro).

Encaminhar para aconselhamento pré-concepção, se necessário.

Ensinar técnicas de previsão de ovulação e detecção (p. ex., temperatura basal e exame de urina).

Ensinar a administrar estimulantes da ovulação.

Agendar os exames, se necessário, com base no ciclo menstrual.

Coordenar as atividades da equipe multidisciplinar para o processo de tratamento.

Auxiliar pessoas de fora da cidade na localização de alojamento enquanto participam do programa.

Oferecer instrução a doadores de gameta e seus parceiros.

Cooperar com a equipe de fertilização *in vitro* na sondagem e seleção dos doadores de gametas.

Investigar questões psicossociais que envolvam a doação de gametas antes de administrar medicamentos para conforto.

Coordenar a sincronização entre ciclo hormonal de doador e receptor.

Retirar as amostras para determinação endócrina.

Fazer exames de ultrassom para determinar o crescimento folicular.

Participar das reuniões de equipe para correlacionar os resultados dos exames relativos à maturidade do oócito avaliado.

Montar o equipamento para recuperação do oócito.

Auxiliar no congelamento e na conservação dos embriões, conforme indicação.

Auxiliar nos procedimentos de fertilização.

Preparar a paciente para a transferência de embrião.

Oferecer orientação antecipada sobre reações emocionais típicas, inclusive extremos de angústia e alegria.

Discutir os riscos, inclusive a probabilidade de aborto, gravidez ectópica e hiperestimulação do ovário.

Ensinar precauções relativas à gravidez ectópica.

Ensinar os sintomas de hiperestimulação ovariana a serem informados.

Fazer testes de gravidez.

Oferecer apoio ao sentimento de luto, diante de falhas na implantação.

Agendar medicamentos, exames e ultrassom de acompanhamento.

Auxiliar no monitoramento hormonal e com ultrassom no começo da gravidez.

Encaminhar para aconselhamento genético, se necessário, relativo à idade materna na concepção.

Encaminhar para grupos de apoio à infertilidade, se necessário

Fazer acompanhamento de pacientes que interromperam o tratamento devido a gravidez, adoção ou decisão de continuar sem filhos.

Auxiliar o paciente focando em áreas de vida de sucesso desvinculado do *status* de fertilidade.

Educar em métodos de suporte de lugar de trabalho seguro para ausências necessárias durante o tratamento.

Oferecer conselhos sobre questões financeiras e de planos de saúde/seguradoras.

Participar do relato de dados sobre as consequências do tratamento ao setor nacional de registros.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Bobak I.M., Jensen M. *Maternity & gynecologic care: The nurse and the family*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Dunnington R.M., Estok P.J. Potential psychological attachments formed by donors involved in fertility technology: Another side to infertility. *Nurse Practitioner*. 1991;16(11):41-48.

Field P.A., Marck P. *Uncertain motherhood: Negotiating the risks of the childbearing years*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

Hahn S.J., Butkowski C.R., Capper L.L. Ovarian hyperstimulation syndrome: Protocols for nursing care. *Journal of Gynecologic, Obstetric, and Neonatal Nursing*. 1994;23(3):217-226.

James C. The nursing role in assisted reproductive technologies. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*. 1992;3(2):328-334.

Jones S.L. Genetic-based and assisted reproductive technology of the 21st century. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1994;23(2):160-165.

Olshansky E.F. Redefining the concepts of success and failure. *NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*. 1992;3(2):343-346.

Pillitteri A. Reproductive life planning. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:102-132.

Pillitteri A. The infertile couple. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:133-153.

Promoção da Capacidade de RESILIÊNCIA (8340)

Definição: Assistência a indivíduos, famílias e comunidades para o desenvolvimento, uso e fortalecimento de fatores proativos a serem usados no enfrentamento de estressores ambientais e sociais.

Atividades:

Facilitar a coesão da família.

Encorajar o apoio da família.

Encorajar o desenvolvimento e a adesão às rotinas e tradições da família (p. ex., aniversários, feriados).

Ajudar os jovens a encarar a família como local para buscar conselhos e apoio.

Facilitar a comunicação na família.

Encorajar a família a fazer as refeições unida, com regularidade.

Conectar os jovens aos adultos interessados na comunidade.

Oferecer modelos de comportamento convencional à família/comunidade.

Motivar os jovens a buscarem conquistas e metas educacionais.

Encorajar o envolvimento da família com as tarefas e as atividades escolares dos filhos.

Ajudar a família a proporcionar uma atmosfera que leve à aprendizagem.

Encorajar a família/comunidade a valorizar as conquistas.

Encorajar a família/comunidade a valorizar a saúde.

Encorajar comportamentos positivos de busca da saúde.

Auxiliar os pais a determinarem expectativas para o filho, adequadas à idade.

Encorajar a família a estabelecer regras e consequências ao comportamento da criança/jovem.

Ajudar os pais a estabelecer normas de monitoramento de amigos e atividades.

Ajudar os jovens a adquirir habilidades de assertividade.

Ajudar os jovens no desempenho de habilidades de tomada de decisão.

Ajudar os jovens a desenvolver habilidades para fazerem amizade.

Encorajar a participação da família e dos jovens em atividades/serviços religiosos.

Encorajar o envolvimento dos jovens nas atividades escolares/ou clubes de voluntariado.

Dar oportunidade para os jovens se envolverem em atividades comunitárias voluntárias.

Ajudar os jovens a desenvolver consciência social e global.

Promover escolas de qualidade e que se importam com a educação na comunidade.

Providenciar a abertura de escolas/ginásios de esporte/bibliotecas após horário normal de funcionamento.

Informar e envolver a comunidade em programas de jovens.

Facilitar o desenvolvimento e o uso de recursos do bairro.

Ajudar os jovens/comunidades a desenvolver otimismo relativo ao futuro.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Benson P. The troubled journey: A portrait of 6th-12th grade youth. Minneapolis, MN: Search Institute, 1993.

Castiglia P.T. Gangs. *Journal of Pediatric Health Care*. 1993;7(1):39-41.

Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*. 1991;12(8):597-605.

Keltner B., Keltner N.L., Farren E. Family routines and conduct disorders in adolescent girls. *Western Journal of Nursing Research*. 1990;12(2):161-1741.

McCubbin M., Van Riper M. Factors influencing family functioning and the health of family members. In: Hanson S.M.H., Boyd S.T., editors. *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. Philadelphia: F.A. Davis; 1996:101-121.

Raphel S., Bennett C.F. Child psychiatric nursing. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:728-752.

Fisioterapia RESPIRATÓRIA (3230)

Definição: Auxílio ao paciente para movimentar secreções das vias aéreas periféricas até as vias aéreas mais centrais para expectoração e/ou aspiração.

Atividades:

Determinar a presença de contraindicações ao uso de fisioterapia respiratória.

Determinar qual(is) o(s) segmento(s) pulmonar(es) que necessita(m) de drenagem.

Posicionar o paciente com o segmento pulmonar a ser drenado na posição mais elevada possível.

Usar travesseiros como apoio do paciente na posição escolhida.

Fazer percussão com drenagem postural colocando as mãos em concha e batendo na parede do tórax numa rápida sucessão, de modo a produzir uma série de sons ocos.

Usar vibração do peito junto com drenagem postural, conforme apropriado.

Usar nebulizador ultrassônico, conforme apropriado.

Usar terapia com aerossol, conforme apropriado.

Administrar broncodilatadores, conforme apropriado.

Administrar agentes mucocinéticos, conforme apropriado.

Monitorar a quantidade e o tipo de expectoração de escarro.

Encorajar a tosse durante e após a drenagem postural.

Monitorar a tolerância do paciente via SaO₂, frequência e ritmo respiratórios, ritmo e frequência cardíacos e níveis de conforto.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Brooks-Brunn J. Respiration. In: Abels L, editor. *Critical care nursing: A physiologic approach*. St. Louis, MO: Mosby; 1986:168-253.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:810-813.

Kiriloff L.H., Owens G.R., Rogers R.M., Mazzocco M.C. Does chest physical therapy work? *Chest*. 1985;88(3):436-444.

Nelson D.M. Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):301-324. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2.

Sutton P., Parker R., Webber B., Newman S., Garland N., Lapez-Vidriera M., Pavia D., Clark S.W. Assessment of the forced expiration technique, postural drainage, and directed coughing in chest physiotherapy. *European Journal of Respiratory Disease*. 1983;64(1):62-68.

Monitoração RESPIRATÓRIA (3350)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para garantir a desobstrução de vias aéreas e troca adequada de gases.

Atividades:

Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações.

Registrar movimentos torácicos observando a existência de simetria, uso de músculos acessórios e retrações de músculos supraclaviculares e intercostais.

Monitorar a ocorrência de respirações ruidosas, como sibilos esganiçados e roncos.

Monitorar os padrões respiratórios: bradipneia, taquipneia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, respirações de

Cheyne-Stokes, padrão apnêustico, respiração de Blot e padrões atáxicos.

Palpar em busca de expansão pulmonar igual.

Percutir o tórax anterior e posterior, dos ápices às bases, bilateralmente.

Observar a localização da traqueia.

Monitorar a ocorrência da fadiga de músculos diafragmáticos (movimento paradoxal).

Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída/ausente e a presença de ruídos adventícios.

Determinar a necessidade de aspiração, auscultando ocorrência de crepitações e roncos sobre principais vias aéreas.

Auscultar os sons pulmonares após os tratamentos para registrar os resultados.

Monitorar os valores TFP, em especial, capacidade vital, força inspiratória máxima, volume expiratório forçado em um segundo (FEV₁) e FEV₁/CVF se possível.

Monitorar dados do ventilador mecânico, registrando aumentos nas pressões inspiratórias e reduções no volume corrente, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de aumento da inquietação, ansiedade e falta de ar.

Registrar mudanças no SaO₂, SvO₂, CO₂ corrente terminal e mudanças nos valores gasometria arterial, conforme apropriado.

Monitorar a capacidade do paciente para tossir de forma eficaz.

Registrar início, características e duração da tosse.

Monitorar secreções respiratórias do paciente.

Monitorar a ocorrência de dispneia e eventos que a melhorem ou piorem.

Monitorar rouquidão e mudanças na voz, de hora em hora, em pacientes com queimadura facial.

Monitorar a ocorrência de crepitação, conforme apropriado.

Monitorar relatórios de radiografias.

Abrir a via aérea, usando a técnica de elevação do queixo ou de manobra mandibular, conforme apropriado.

Colocar o paciente deitado de lado, conforme indicação, para evitar aspiração; realizar movimentação em bloco diante de suspeita de aspiração cervical.

Instituir esforços de reanimação se necessário.

Instituir tratamentos terapêuticos respiratórios (p. ex., nebulizador), se necessário.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Carroll P. Evolutions/revolutions: respiratory monitoring: revolutions: continuous spirometry. *RN*. 1999;62(5):72-74. 77-78

Carroll P. Evolutions/revolutions respiratory monitoring: evolutions: capnography. *RN*. 1999;62(5):68-71. 78

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

RESTRIÇÃO de Área (6420)

Definição: Limitação da mobilidade do paciente a uma área específica, com fins de segurança ou controle de comportamento.

Atividades:

Estabelecer que a medida restritiva mínima tenha sido iniciada (se usado um nível inferior, estabelecer que foi considerada ineficiente antes de seguir para o nível seguinte de restrição).

Solicitar um profissional capacitado para organizar e selecionar medidas restritivas, com base na política da instituição, do estado, federal ou agências reguladoras.

Identificar para o paciente e para as pessoas importantes os comportamentos que precisam de intervenção.

Explicar ao paciente e pessoas importantes o procedimento, a finalidade e o tempo da intervenção usando termos compreensíveis e não punitivos.

Identificar para o paciente e pessoas importantes os comportamentos apropriados necessários para o término da intervenção.

Restringir à área designada apropriada.

Restringir estímulos sensoriais humanos e ambientais (p. ex., horário de visitação, visões, sons, iluminação, temperatura etc.) na área selecionada, conforme a necessidade.

Usar dispositivos e medidas de proteção (p. ex., detectores de movimento, alarmes, cercas, portões, laterais da cama, capacetes, cadeiras com mecanismo de tranca, portas trancadas, imobilizadores).

Oferecer nível adequado de supervisão/fiscalização para monitorar paciente e possibilitar ações terapêuticas, conforme necessário.

Administrar medicamentos, conforme apropriado (p. ex., ansiolíticos, antipsicóticos, sedativos).

Monitorar a reação do paciente ao procedimento.

Atender às necessidades físicas e de segurança do paciente (p. ex., cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, de eliminação, nutricionais e integridade da pele), conforme apropriado.

Atender o paciente quanto a conforto psicológico e segurança.

Oferecer atividades estruturadas na área designada, conforme apropriado.

Oferecer *feedback* imediato sobre comportamento inadequado que o paciente possa controlar e que contribua à necessidade de medida restritiva contínua.

Fazer lembretes verbais, para que o paciente permaneça na área delimitada, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a modificar comportamento inadequado, sempre que possível.

Oferecer reforço positivo a comportamento apropriado.

Monitorar a necessidade de mudanças (medida de nível inferior/superior, manter, interromper) em relação à medida restritiva, a intervalos regulares.

Envolver o paciente, quando apropriado, nas decisões sobre mudança de medida restritiva (p. ex., medida de nível inferior/superior, continuar, interromper).

Discutir com o paciente e os funcionários ao término da intervenção restritiva sobre comportamentos que levaram às medidas e as preocupações do paciente em relação à intervenção.

Documentar a justificativa da medida restritiva, condição física e psicológica do paciente, cuidado de enfermagem oferecido e justificativa para finalizar a intervenção, conforme políticas da instituição, exigências estaduais, federais ou da agência reguladora.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

American Psychiatric Nurses Association. Position statement on the use of seclusion and restraint. Arlington, VA: Author, 2000.

Clark M.A. Involuntary admission and the medical inpatient: Judicious use of physical restraint. *Med Surg Nursing*. 2005;14(4):213-218.

Gillies J., Moriarty H., Short T., Pesnell P., Fox C., Cooney A. An innovative model for restraint use at the Philadelphia Veterans Affairs Medical Center. *Nursing Administration Quarterly*. 2005;29(1):45-56.

Harper-Jaques S., Reimer M. Management of aggression and violence. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:802-822.

McCloskey R.M. Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatric Nursing*. 2004;25(3):139-144.

Park M., Hsiao-Chen T.J., Ledford L. Changing the practice of physical restraint use in acute care. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2005.

Rickelman B.L. The client who displays angry, aggressive, or violent behavior. In: Mohr W.K., editor. *Psychiatric mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:659-686.

Conduta no Prolapso RETAL (0490)

Definição: Prevenção e/ou redução manual de prolapso retal.

Atividades:

Identificar pacientes com histórico de prolapso retal.

Encorajar a ação de evitar esforço ao defecar, erguer objetos e excesso na posição de pé.

Orientar o paciente a regular a função intestinal com dieta, exercício e medicamentos, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a identificar atividades específicas que tenham desencadeado episódios de prolapso retal no passado.

Monitorar a ocorrência de incontinência intestinal.

Monitorar o estado do prolapso retal.

Posicionar o paciente deitado sobre o lado esquerdo, com os joelhos erguidos até o peito, quando o reto estiver em prolapso.

Colocar pano embebido em água ou solução salina sobre o intestino em protrusão para protegê-lo contra ressecamento.

Encorajar o paciente a ficar deitado de lado para facilitar a volta do intestino para o reto de forma natural.

Manualmente reduzir o prolapso retal, usando mão enluvada e lubrificada, aplicando pressão suave ao prolapso até sua volta à posição normal se necessário.

Checar a área do reto dez minutos após a redução manual para garantir que o prolapso esteja na posição certa.

Identificar a frequência de ocorrência de prolapso retal.

Avisar o médico das mudanças na frequência de ocorrências ou incapacidade de, manualmente, reduzir o prolapso, conforme apropriado.

Auxiliar a tentativa pré-operatória, conforme apropriado, ajudando a explicar os exames e a reduzir a ansiedade de paciente que fará cirurgia de reparo.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Abrams W.B., Berkow R. The Merck manual of geriatrics. Rahway, NJ: Merck, Sharp & Dohme Research Laboratories, 1990.

Gillies D.A. Nursing care for aged patients with rectal prolapse. *Journal of Gerontological Nursing*. 1985;11(2):29-33.

Identificação de RISCO (6610)

Definição: Análise de fatores potenciais de risco, determinação de riscos à saúde e priorização de estratégias de redução de riscos para indivíduo ou grupo.

Atividades:

Instituir investigação de rotina usando instrumentos confiáveis e válidos.

Revisar o histórico e a documentação médica em busca de evidências de diagnósticos médicos existentes ou anteriores.

Manter registros e estatísticas exatos.

Identificar paciente(s) com necessidades continuadas de cuidados.

Identificar paciente(s) com circunstâncias sociais singulares que compliquem uma alta hospitalar eficiente e oportuna.

Determinar os sistemas de apoio da comunidade.

Determinar a presença e a qualidade do suporte da família.

Determinar os recursos financeiros.

Determinar o nível educacional.

Identificar estratégias usuais de enfrentamento do indivíduo e do grupo.

Determinar o nível de funcionamento anterior e atual.

Determinar a presença/ausência de necessidades básicas de vida.

Determinar a adesão ao tratamento médico e de enfermagem.

Priorizar áreas para redução de riscos com o indivíduo/grupo.

Planejar atividades de redução de riscos com o indivíduo/grupo.

Identificar os recursos da agência em auxílio à redução de fatores de risco.

Determinar os recursos da comunidade adequados às necessidades básicas de vida e saúde.

Iniciar os encaminhamentos a profissionais da saúde e/ou agências, conforme apropriado.

Usar estabelecimento de metas recíprocas, conforme apropriado.

Usar o contrato com o paciente, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Goepfing J., Labuhn K.T. Self-health care through risk appraisal and reduction. In: Stanhope M., Lancaster J., editors. *Community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1991:578-591.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Diagnosing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:277-291.

Titler M.G. Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):495-515. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Identificação de RISCO: família que espera um filho (6612)

Definição: Identificação de indivíduo ou família com possibilidades de passar por dificuldades de paternidade/maternidade e priorização de estratégias de prevenção de problemas parentais.

Atividades:

Determinar a idade da mãe.

Determinar o estágio de desenvolvimento dos pais.

Determinar as prioridades maternas.

Determinar a condição financeira da família.

Determinar o nível educacional da mãe.

Determinar o estado conjugal da mãe.

Determinar o grau de alfabetização.

Determinar se outros filhos nascidos dessa mãe ainda estão sob seus cuidados.

Confirmar o entendimento do inglês ou outro idioma usado na comunidade.

Determinar envolvimento anterior com assistência social.

Determinar histórico anterior de abuso.

Determinar o estado de saúde e as vacinações dos irmãos.

Monitorar os comportamentos indicativos de problema de vínculo.

Revisar os registros pré-natais e intraparto em relação a sinais de vínculo pré-natal documentados.

Revisar o histórico pré-natal em relação a fatores que predisponham a paciente a complicações.

Observar os medicamentos que a mãe recebeu no período pré-natal.

Revisar o histórico pré-natal quanto a possíveis estressores que afetem as reservas de glicose do neonato (p. ex., diabetes, hipertensão induzida pela gravidez e distúrbios cardíacos ou renais).

Revisar o histórico em relação a padrões anormais de crescimento pré-natal, conforme detectado por ultrassom ou mudanças no fundo.

Revisar o histórico materno de dependência química, observando duração, tipo de droga(s) usada(s) (inclusive álcool) e horário e potência da última dose antes do nascimento).

Determinar os sentimentos da paciente sobre gravidez não planejada.

Determinar se a gravidez não planejada teve aprovação da família.

Determinar se a gravidez não planejada tem apoio da família.

Observar os medicamentos que a mãe recebeu no período intraparto.

Observar anestésicos ou analgésicos administrados à mãe durante o período intraparto.

Observar a presença de sofrimento fetal.

Observar presença de hipóxia no bebê.

Revisar o histórico de presença de quantidade anormal de líquido amniótico, conforme detectado por ultrassonografia ou mudanças no fundo.

Identificar a razão da separação do recém-nascido após o nascimento.

Monitorar as interações pais-bebê, observando comportamentos indicativos de vínculo.

Encaminhar à agência adequada na comunidade para o acompanhamento, diante de identificação de falha na formação do vínculo.

Priorizar áreas para redução de riscos com o indivíduo e a família.

Planejar atividades de redução de riscos com o indivíduo e a família.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Denehy J.A. Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):425-444. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Pressler J.L. Promoting attachment. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:4-17.

Identificação de RISCO: genético (6614)

Definição: Identificação e análise de fatores potenciais de risco genético em indivíduo, família ou grupo.

Atividades:

Garantir privacidade e sigilo.

Conseguir ou revisar histórico completo de saúde, inclusive história pré-natal e obstétrica, histórico do desenvolvimento e estado de saúde atual ou anterior relativos à condição genética confirmada ou suspeitada.

Conseguir ou revisar histórico do ambiente (p. ex., exposições potenciais a teratogênicos e carcinogênicos) e estilo de vida (p. ex., exposição a tabaco, álcool, drogas de rua ou fármacos prescritos).

Determinar a presença e a qualidade do apoio familiar, outros sistemas de apoio e habilidades anteriores de enfrentamento.

Conseguir ou revisar um histórico familiar completo e construir, no mínimo, a linhagem por três gerações.

Conseguir diagnóstico documentado de membros da família afetados.

Revisar as opções de exames diagnósticos capazes de confirmar ou prever a presença de um distúrbio genético, como estudos bioquímicos ou radiográficos, análise de cromossomas, análises de vínculo ou teste direto de DNA.

Oferecer informações sobre os procedimentos diagnósticos.

Conversar sobre as vantagens, os riscos e os custos financeiros das opções diagnósticas.

Discutir seguro e possíveis questões de discriminação na vida profissional, se relevante.

Discutir questões relativas a exames de outros membros da família se relevante.

Iniciar a intervenção de aconselhamento genético com base na identificação dos riscos, conforme apropriado.

Encaminhar a especialista de cuidados de saúde genético para conselhos genéticos, se necessário.

Dar ao paciente um resumo escrito do aconselhamento da identificação de riscos, conforme indicação.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Andrews L.B., Fullerton J.E., Holtzman N.A., Motulsky A.G. *Assessing Genetic Risks: Implications for health and social policy*. Washington, DC: National Academy Press, 1994.

Cohen F.L. *Clinical genetics in nursing practice*, 3rd ed. New York: Springer, 2005.

Nelson H.D., Huffman L.H., Fu R., Harris E.L. Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility: Systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2005;143(5):362-379.

Pieterse A.H., van Dulmen S., van Dijk S., Bensing J.M., Ausems M.G.E.M. Risk communication in completed series of breast cancer genetic counseling visits. *Genetics in Medicine*. 2006;8(11):688-696.

Pillitteri A. Genetic assessment and counseling. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:157-180.

Skirton H., Patch C., Williams J. *Applied genetics in healthcare*. London: Taylor and Francis, 2005.

Stacey D., DeGrasse C., Johnston L. Addressing the support needs of women at high risk for breast cancer: Evidence-based care by advanced practice nurses. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(6):E77-E84.

Precauções contra SANGRAMENTO (4010)

Definição: Redução de estímulos que possam induzir a sangramento ou hemorragia em pacientes de risco.

Atividades:

- Observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois de perda de sangue, conforme indicado.
- Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente (p. ex., verificar todas as secreções em busca de sangue vivo ou oculto).
- Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo da protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado.
- Monitorar os sinais vitais ortostáticos, inclusive a pressão sanguínea.
- Manter repouso no leito durante sangramento ativo.
- Administrar derivados do sangue (p. ex., plaquetas e plasma fresco congelado), conforme apropriado.
- Proteger o paciente contra trauma que possa causar sangramento.
- Evitar injeções (IV, IM ou SC), conforme apropriado.
- Orientar o paciente que deambula a usar sapatos.
- Usar escova de dentes macia ou escovinhas de limpeza para o cuidado oral.
- Usar barbeador elétrico em vez de lâmina de barbear.
- Aconselhar o paciente a evitar procedimentos invasivos; quando necessários, monitorar atentamente se ocorre sangramento.
- Coordenar o horário do procedimento invasivo com a transfusão de plaquetas ou plasma fresco congelado, se for o caso.
- Evitar a inserção de objetos no orifício do sangramento.
- Evitar verificar a temperatura retal.
- Evitar o levantamento de objetos pesados.
- Administrar medicação (p. ex., antiácidos), conforme apropriado.
- Orientar o paciente a evitar aspirina® ou outros anticoagulantes.
- Orientar o paciente a aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina K.
- Usar colchão terapêutico para minimizar traumas à pele.
- Evitar constipação (p. ex., encorajar ingestão de líquidos e uso de emolientes fecais), conforme apropriado.
- Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas (p. ex., avisar o enfermeiro se ocorrer

sangramento).

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

- Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*
- Jennings B. The hematologic system. In: Alspach J, editor. *AACN's core curriculum for critical care nursing*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991:675-747.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2.
- Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. *Mosby's clinical nursing*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Redução do SANGRAMENTO (4020)

Definição: Limitação da perda de volume de sangue durante um episódio de sangramento.

Atividades:

Identificar a causa do sangramento.

Monitorar atentamente o paciente quanto a hemorragia.

Aplicar pressão direta ou curativo compressivo, se apropriado.

Monitorar a quantidade e a natureza da perda de sangue.

Monitorar o tamanho e o caráter do hematoma, se presente.

Observar níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois da perda de sangue.

Monitorar as tendências nos parâmetros da pressão sanguínea e hemodinâmicos, se possível (p. ex., pressão venosa central e pressão capilar pulmonar).

Monitorar condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação.

Monitorar testes de coagulação, inclusive tempo da protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados e contagens plaquetárias, conforme apropriado.

Monitorar os determinantes da distribuição de oxigênio aos tecidos (p. ex., PaO₂, SaO₂) e os níveis da hemoglobina e débito cardíaco), se disponíveis.

Providenciar disponibilidade de derivados do sangue para transfusão, se necessária.

Manter o acesso IV pérvio.

Administrar derivados do sangue (p. ex., plaquetas e sangue fresco congelado) conforme apropriado.

Tomar as precauções adequadas ao manusear derivados do sangue ou secreções com sangue.

Orientar o paciente e/ou família sobre sinais de sangramento e ações apropriadas (p. ex., avisar o enfermeiro) se ocorrer mais sangramento.

Orientar o paciente sobre limitações à atividade.

Orientar o paciente e a família sobre a gravidade de uma perda de sangue e as ações corretas a serem realizadas.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 16th ed., Philadelphia: W.B Saunders, 2006.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Monahan F., Sands J., Neighbors M., Marek J., Green C. Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2007.

Redução do SANGRAMENTO: ferimento (4028)

Definição: Limitação da perda de sangue de um ferimento em consequência de trauma, incisões ou colocação de sonda ou cateter.

Atividades:

Aplicar pressão manual sobre o sangramento ou área com potencial de sangramento.

Aplicar bolsa de gelo na área afetada.

Aplicar curativo compressivo no local do sangramento.

Usar dispositivo mecânico (p. ex., clampe tipo C) para aplicação de pressão por períodos mais longos, conforme apropriado.

Substituir ou reforçar curativo compressivo, conforme apropriado.

Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.

Monitorar com precisão a ingestão e a eliminação.

Elevar a extremidade que está sangrando.

Manter irrigação vesical contínua, se apropriado.

Monitorar o tamanho e o caráter do hematoma, se presente.

Monitorar os pulsos distais ao local do sangramento.

Orientar o paciente a aplicar pressão ao local, quando espirrar, tossir e assim por diante.

Orientar o paciente a respeito de restrições a atividade, se for apropriado.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações adequadas (p. ex., avisar o médico) se ocorrer mais sangramento.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Redução do SANGRAMENTO: gastrointestinal (4022)

Definição: Limitação da quantidade da perda de sangue do trato gastrointestinal superior e inferior e complicações relacionadas.

Atividades:

Avaliar a resposta psicológica do paciente à hemorragia e percepção de eventos.

Manter a via aérea desobstruída, se necessário.

Monitorar os determinantes da distribuição de oxigênio aos tecidos (p. ex., níveis de PaO₂, SaO₂, hemoglobina e débito cardíaco), se possível.

Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente (p. ex., examinar todas as secreções quanto a sangue vivo ou oculto).

Monitorar a condição hídrica, inclusive ingestão e eliminação, conforme apropriado.

Administrar líquidos IV, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de sinais de choque hipovolêmico (p. ex., pressão sanguínea diminuída, pulso filiforme rápido, aumento da frequência respiratória, sudorese, inquietação, pele fria e pegajosa).

Medir a circunferência abdominal, conforme apropriado.

Fazer teste hematológico de todas as secreções e observar aparecimento de sangue em êmese, escarro, fezes, urina, secreção nasogástrica e drenagem de feridas, conforme apropriado.

Documentar cor, quantidade e características das fezes.

Monitorar testes de coagulação e contagem total do sangue (CBC) com diferencial de contagem de glóbulos brancos, conforme apropriado.

Evitar administração de anticoagulantes.

Monitorar testes de coagulação, inclusive tempo da protrombina (TP), tempo parcial da tromboplastina (TTP), fibrinogênio, degradação da fibrina/produtos fragmentados e contagem de plaquetas, conforme apropriado.

Administrar medicamentos (p. ex., lactulose ou vasopressina), conforme apropriado.

Evitar extremos no nível do pH gástrico, administrando medicação adequada (p. ex., antiácidos ou agente bloqueador 2 histamínico).

Inserir sonda nasogástrica para aspirar e monitorar secreções, conforme apropriado.

Manter pressão em sonda nasogástrica com manguito/balão se apropriado.

Fazer lavagem nasogástrica conforme apropriado.

Promover redução do estresse.

Investigar o estado nutricional do paciente.

Estabelecer uma relação de apoio com o paciente e familiares.

Orientar o paciente e familiares sobre restrição a atividades e a evolução.

Orientar o paciente e familiares sobre procedimentos (p. ex., endoscopia, escleroterapia e cirurgia) se adequado.

Orientar o paciente e a família sobre a necessidade de reposição de sangue, conforme apropriado.

Orientar o paciente e familiares a evitarem o uso de medicamentos anti-inflamatórios (p. ex., aspirina® e ibuprofeno).

Coordenar o aconselhamento do paciente e/ou familiares (p. ex., religiosos, Alcoólicos Anônimos) se adequado.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Delaune S., Ladner P. *Fundamentals of nursing: Standards & practice*, 3rd ed. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning, 2006.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Monahan F., Sands J., Neighbors M., Marek J., Green C. *Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives*, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2007.

Redução do SANGRAMENTO: nasal (4024)

Definição: Limitação da quantidade da perda de sangue da cavidade nasal.

Atividades:

Aplicar pressão manual acima da ponte nasal.

Identificar a causa do sangramento.

Monitorar a quantidade e a natureza da perda do sangue.

Monitorar a quantidade do sangramento na orofaringe.

Aplicar bolsa de gelo na área afetada.

Colocar tampão na cavidade nasal, se apropriado.

Administrar derivados do sangue (p. ex., plaquetas e plasma fresco congelado), conforme apropriado.

Observar níveis da hemoglobina/hematócrito antes e depois da perda de sangue, conforme indicação.

Promover redução do estresse.

Oferecer alívio à dor/medidas de conforto.

Manter as vias aéreas desobstruídas.

Ajudar o paciente com a higiene oral, conforme apropriado.

Administrar oxigênio umidificado se adequado.

Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.

Colocar o paciente na posição de Fowler média, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre restrições a atividade, conforme apropriado.

Orientar o paciente para evitar trauma às narinas (p. ex., coçar as narinas, espirrar ou tocar no nariz).

Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas (p. ex., avisar o enfermeiro) se ocorrer mais sangramento.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

Cullen L.M. Interventions related to circulatory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):445-476. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Monahan F., Sands J., Neighbors M., Marek J., Green C. Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives, 8th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2007.

Redução do SANGRAMENTO: útero pós-parto (4026)

Definição: Limitação da quantidade de perda de sangue do útero após o parto.

Atividades:

Revisar o histórico obstétrico e os registros do parto em busca de fatores de risco de hemorragia pós-parto (p. ex., histórico anterior de hemorragia pós-parto, trabalho de parto demorado, indução, pré-eclâmpsia, segundo estágio prolongado, parto assistido, múltiplos nascimentos, cesariana ou nascimento precipitado).

Aplicar solução gelada no fundo do útero.

Aumentar a frequência de massagem no fundo do útero.

Avaliar se há distensão da bexiga.

Encorajar o ato urinário ou sondar a bexiga distendida.

Observar características dos lóquios (p. ex., cor, coágulos e volume).

Pesar a quantidade de sangue perdido.

Solicitar ajuda de outros enfermeiros nos procedimentos de emergência e para assumir o cuidado do recém-nascido.

Elevar as pernas.

Iniciar infusão IV.

Obter um segundo acesso IV, conforme apropriado.

Administrar ocitócicos IV ou IM, conforme o protocolo ou a prescrição médica.

Notificar o médico/enfermeiro sobre o estado da paciente.

Monitorar os sinais vitais da mãe a cada 15 minutos, ou com maior frequência, conforme apropriado.

Cobrir o paciente com cobertores aquecidos.

Monitorar a cor, o nível de consciência e a dor maternos.

Iniciar oxigenoterapia a 6 a 8 L, com máscara facial.

Inserir sonda Foley com coletor de urina para monitorar débito urinário.

Solicitar exames laboratoriais ou sangue de emergência.

Administrar derivados do sangue, conforme apropriado.

Ajudar na colocação de tampões no útero, na eliminação de hematoma ou suturar lacerações, conforme apropriado.

Manter o paciente e a família informados sobre a condição e o controle clínico da paciente.

Oferecer cuidados ao períneo, conforme a necessidade.

Preparar-se para histerectomia de emergência, conforme a necessidade.

Discutir os eventos com a equipe de enfermagem para oferecimento de vigilância adequada ao estado da mãe após o parto.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Littleton L.Y., Engbertson J.C. Maternal, neonatal, and women's health nursing. Albany, NY: Delmar, 2002;908-911.

Mattson S, Smith J.E., editors. Core curriculum for maternal-newborn nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Redução do SANGRAMENTO: útero pré-parto (4021)

Definição: Limitação da quantidade de perda de sangue de útero grávido durante o terceiro trimestre da gestação.

Atividades:

Obter o histórico de perdas de sangue da cliente (p. ex., início, quantidade, presença de dor e de coágulos).

Revisar ocorrência de fatores de risco relativos a sangramento em gestação adiantada (p. ex., descolamento prematuro da placenta, tabagismo, uso de cocaína, hipertensão induzida pela gravidez e placenta prévia).

Obter o cálculo exato da idade do feto por meio de relatos do último período menstrual, relatórios anteriores de data de ultrassom, ou histórico obstétrico se disponível.

Examinar o períneo quanto à quantidade e às características do sangramento.

Monitorar os sinais vitais maternos, sempre que necessário, com base na quantidade de sangue perdido.

Monitorar a frequência cardíaca fetal, eletronicamente.

Palpar para ver se há contrações uterinas ou aumento do tônus uterino.

Observar o traçado eletrônico do feto em busca de evidências de insuficiência útero-placentária (p. ex., desacelerações tardias, variabilidade de longo prazo diminuída e acelerações ausentes).

Iniciar a reanimação fetal, conforme apropriado, diante de sinais anormais (não tranquilizadores) de insuficiência uteroplacentária.

Retardar o exame digital cervical até verificação da localização da placenta (p. ex., relatório do ultrassom).

Fazer ultrassom para localizar a placenta.

Fazer ou auxiliar o exame com espécuro para visualizar a perda de sangue e a condição cervical.

Pesar forros para calcular, corretamente, a perda de sangue.

Examinar as roupas, lençóis ou colchão em caso de hemorragia.

Iniciar procedimentos de emergência para hemorragia pré-parto, conforme apropriado (p. ex., oxigenoterapia, terapia IV, tipo sanguíneo e prova cruzada).

Retirar sangue para testes diagnósticos, conforme apropriado (p. ex., teste Kleihauer-Betke, gasometria arterial, Rh, CSC e coagulação).

Administrar imunoglobulina Rho(D), conforme apropriado.

Registrar ingestão e eliminação.

Elevar as extremidades inferiores para aumentar a perfusão aos órgãos vitais e ao feto.

Administrar derivados do sangue, conforme apropriado.

Iniciar medidas de segurança (p. ex., repouso rigoroso no leito e posição lateral).

Orientar a paciente a informar aumentos de sangramento vaginal (p. ex., fluxos repentinos, coágulos e gotejamentos) durante a hospitalização.

Ensinar ao paciente a diferença entre sangramento recente e antigo.

Orientar a cliente sobre mudanças no estilo de vida para reduzir a possibilidade de outros sangramentos, conforme apropriado (p. ex., assistência para parar de fumar, abstinência sexual, repouso no leito, controle da constipação, controle nutricional e reforço do enfrentamento).

Providenciar o planejamento da alta, inclusive encaminhamento a enfermeiros de atendimento domiciliar.

Agendar vigilância fetal pré-parto para acompanhamento.

Discutir os motivos do retorno ao hospital.

Discutir o uso de sistema médico de emergência para o transporte, conforme apropriado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Littleton L.Y., Engebretson J.C. Maternal, neonatal, and women's health nursing. Albany, NY: Delmar, 2002;510-514.

Mattson S., Smith J.E., editors. Core curriculum for maternal-newborn nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Amostra de SANGUE Capilar (4035)

Definição: Obter amostra arteriovenosa de local periférico do corpo, como calcanhar, dedo da mão, ou outro local transcutâneo.

Atividades:

Verificar a identificação correta do paciente.

Minimizar a ansiedade do paciente usando procedimentos adequados à idade.

Manter precauções padronizadas.

Selecionar o local da punção (p. ex., região externa inferior do calcanhar, laterais das falanges distais dos dedos das mãos ou pés, locais alternativos, como o antebraço).

Puncionar a região externa do calcanhar em profundidade até 2,4 mm em bebês.

Aquecer o local durante cerca de cinco minutos caso a amostra deva ser arterializada, conforme o protocolo da instituição.

Usar técnica asséptica durante a punção da pele.

Puncionar a pele manualmente, com lanceta ou com dispositivo aprovado para penetração, conforme as especificações do fabricante.

Limpar a primeira gota de sangue com gaze seca, conforme especificações do fabricante ou protocolo da instituição.

Coletar o sangue de acordo com o teste a ser feito (p. ex., pingar uma gota de sangue sobre área específica no filtro de papel ou tira de teste, coletar sangue diretamente em tubos, por ação capilar, à medida que as gotículas se formarem).

Aplicar pressão intermitente o mais afastado possível do local da punção para promover o fluxo de sangue.

Evitar hemólise causada por compressão excessiva ou „manobra” no local da punção.

Atender às diretrizes do fabricante quanto ao momento certo dos testes e à conservação da amostra de sangue (p. ex., lacre dos tubos com sangue), se necessário.

Rotular a amostra conforme a necessidade, atendendo ao protocolo da agência.

Enviar a amostra ao laboratório, conforme necessário.

Colocar adesivo no local, se necessário.

Ensinar e monitorar a autocoleta de amostra de sangue capilar, conforme apropriado.

Descartar o equipamento de forma correta.

Registrar a realização da amostragem do sangue capilar.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Escalante-Kanashiro R., Tatalean-Da-Fieno J. Capillary blood gases in a pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2000;28(1):224-226.

Fletcher M., MacDonald M.G. Atlas of procedures in neonatology, 2nd ed. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott, 1993.

Meehan R.M. Heelsticks in neonates for capillary blood sampling [corrected]. *Neonatal Network — Journal of Neonatal Nursing*. 1998;17(1):12-27.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Pettersen M.D., Driscoll D.J., Moyer T.P., Dearani J.A., McGregor C.G. Measurement of blood serum cyclosporine levels using capillary „fingerstick” sampling: A validation study. *Transplant International*. 1999;12(6):429-432.

Wong D.L., Perry S.E., Hockenberry M.J. Maternal child nursing care. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Yum S.I., Roe J. Capillary blood sampling for self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Technology and Therapeutics*. 1999;1(1):29-37.

Punção de Vaso Cateterizado: amostra de SANGUE (4235)

Definição: Aspiração de amostra de sangue através de cateter vascular já inserido para exames laboratoriais.

Atividades:

Reunir o equipamento, lavar as mãos e colocar luvas.

Interromper todas as infusões intravenosas capazes de contaminar a amostra de sangue.

Remover a proteção ou equipo para ter acesso ao orifício, higienizá-lo com álcool e esperar secar.

Seguir as instruções do fabricante para conseguir uma amostra de cateter já inserido.

Colocar garrote no local periférico endovenoso somente quando necessário.

Conectar adaptador sem agulha, *vacutainer* ou seringa ao orifício de acesso vascular, abrir a via do paciente ajustando a válvula reguladora ou abrindo as pinças reguladoras.

Com delicadeza, aspirar o sangue no recipiente ou seringa adequada para amostras; descartar a primeira quantidade conforme o cateter utilizado, os exames laboratoriais solicitados e a política da instituição; coletar o sangue necessário para exames laboratoriais.

Retirar o garrote, conforme apropriado.

Lavar o orifício e o cateter com a solução adequada, monitorando atentamente para evitar entrada de bolhas de ar ou coágulos no equipo.

Colocar proteção limpa no orifício de acesso e reiniciar todas as infusões interrompidas.

Encher os tubos de amostras com material da seringa *vacutainer* na sequência adequada (p. ex., tubo heparinizado por último).

Etiquetar e embalar as amostras de acordo com a política da instituição, enviar as amostras ao laboratório adequado.

Colocar todos os itens cortantes e contaminados em recipiente adequado.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Darovic G., Vanriper S. Arterial pressure monitoring. In: Darovic G., editor. *Hemodynamic monitoring: Invasive and noninvasive clinical applications*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995:205-207.

Evans-Smith P. Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In: *Taylor's clinical nursing skills*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:629-672.

Laxson C., Titler M. Drawing coagulation studies from arterial lines: An integrative literature review. *American Journal of Critical Care*. 1994;3(1):16-24.

Mohler M., Sato Y., Bobick K., Wise L. The reliability of blood sampling from peripheral intravenous infusion lines: Complete blood cell counts, electrolyte panels, and survey panels. *Journal of Intravenous Nursing*. 1988;21(4):209-214.

Kennedy C., Angermuller S., King R., Noviello S., Walker J., Warden J., Vang S. A comparison of hemolysis rates using intravenous catheters versus venipuncture tubes for obtaining blood samples. *Journal of Emergency Nursing*. 1996;22(6):566-569.

Punção de Vaso: amostra de SANGUE arterial (4232)

Definição: Coleta de amostra de sangue de uma artéria não canulada para levantar dados sobre níveis de oxigênio e dióxido de carbono e equilíbrio ácido-básico.

Atividades:

Manter precauções universais.

Palpar a artéria braquial ou radial para verificar os pulsos.

Realizar o teste de Allen antes da punção da artéria radial.

Limpar a área com solução adequada.

Aspirar pequena quantidade de heparina, na seringa, para revestir o êmbolo e o lúmen da agulha.

Ejetar todas as bolhas de ar da seringa.

Estabilizar a artéria esticando a pele.

Inserir a agulha diretamente sobre o pulso, a um ângulo de 45 a 60 graus.

Obter amostra de 3 a 5 mL de sangue.

Retirar a agulha após a obtenção da amostra.

Aplicar pressão sobre o local durante cinco a quinze minutos.

Colocar proteção na seringa e colocá-la imediatamente no gelo.

Etiquetar a amostra conforme o protocolo da instituição.

Providenciar o transporte imediato da amostra ao laboratório.

Aplicar atadura de pressão sobre o local, conforme apropriado.

Registrar temperatura, percentual de oxigênio, método de obtenção, local da perfuração e levantamento circulatório após a perfuração.

Interpretar os resultados e ajustar o tratamento, conforme apropriado.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Evans-Smith P. Oxygenation. In: *Taylor's clinical nursing skills*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:543-628.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1351-1410.

Garza D., Becan-McBride K. Phlebotomy handbook. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1984:105-107.

Miller K. Arterial puncture. In: Millar S., Sampson L., Soukup S., editors. *AACN procedure manual for critical care*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1985:54-61.

Punção de Vaso: amostra de SANGUE venoso (4238)

Definição: Coleta de amostra de sangue venoso de uma veia não canulada.

Atividades:

Revisar a prescrição médica quanto à amostra a ser retirada.

Verificar a identificação correta do paciente.

Minimizar a ansiedade do paciente explicando o procedimento e as razões, conforme apropriado.

Oferecer um ambiente com privacidade.

Selecionar a veia considerando a quantidade de sangue necessária, o estado mental, o conforto, a idade, a disponibilidade e a condição dos vasos sanguíneos e a presença de fístulas ou desvios arteriovenosos.

Selecionar o tamanho e o tipo adequado de agulha.

Selecionar o tubo adequado para amostra de sangue.

Promover a dilatação do vaso por meio de torniquete, por gravidade, por aplicação de calor, por massagem da veia ou pelo fechamento e relaxamento da mão do paciente.

Limpar a área com a solução adequada.

Limpar o local com movimentos circulares, iniciando do local da punção venosa para fora.

Manter técnica asséptica rígida.

Manter precauções universais.

Solicitar ao paciente para ficar imóvel durante a punção venosa.

Inserir a agulha a um ângulo de 20 a 30 graus na direção do retorno venoso do sangue.

Observar se o sangue retorna na agulha.

Retirar a amostra de sangue.

Remover a agulha da veia e, imediatamente, aplicar pressão local com gaze seca.

Aplicar curativo conforme apropriado.

Etiquetar a(s) amostra(s) com nome do paciente, data e hora da coleta e outras informações, conforme apropriado.

Enviar a amostra identificada ao laboratório adequado.

Colocar todos os objetos cortantes (agulhas) em recipiente adequado.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Brown B. Hematology: Principles and procedures, 4th ed., Philadelphia: Lea & Febiger; 1984:1-8.

Cudworth K.L. When you have to draw blood from a femoral vein. *RN*. 1985;48(3):47-49.

Evans-Smith P. Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In: *Taylor's clinical nursing skills*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:629-672.

Wahid S.R. New technique for starting IV lines (Wahid's maneuver) (Letter to the editor). *Journal for Emergency Nursing*. 1993;19(3):186-187.

Punção de Vaso: doação de SANGUE (4234)

Definição: Coleta de sangue e seus derivados de doadores.

Atividades:

Manter precauções padronizadas.

Obedecer ao protocolo da instituição quanto a triagem e aceitação de doador (p. ex., abuso de drogas e HIV).

Obter informações demográficas com o doador.

Obter o consentimento escrito do doador, autorizando a coleta e o uso do sangue.

Assegurar que o doador tenha se alimentado entre quatro e seis horas antes de doar o sangue.

Determinar os níveis de hemoglobina e hematócrito.

Medir o peso e os sinais vitais antes da doação.

Assegurar a disponibilidade de equipamento de emergência.

Assegurar que a pele no local da punção venosa não tenha lesões.

Manter técnica asséptica rígida.

Reunir o equipamento.

Colocar o doador na posição semideitada durante o processo de doação.

Limpar a pele com solução antisséptica antes da punção venosa, conforme o protocolo da instituição.

Realizar a punção venosa.

Conectar o equipo e a bolsa coletora de sangue.

Assegurar que o sangue coletado na bolsa se misture com o anticoagulante.

Orientar o doador a elevar o braço e a aplicar pressão firme por dois a três minutos após o final do processo de doação de sangue ou de seus derivados.

Colocar atadura ou curativo compressivo sobre o local da punção venosa, conforme apropriado.

Orientar o indivíduo a permanecer na posição semideitada por mais um a dois minutos, ou por mais se ocorrer desmaio ou fraqueza.

Encorajar o doador a permanecer sentado durante 10 a 15 minutos após a doação.

Orientar o doador a alimentar-se e a beber líquidos imediatamente após a doação.

Etiquetar e armazenar o sangue, conforme o protocolo da instituição.

Permanecer com o doador durante a coleta do sangue e imediatamente após a mesma.

Orientar o doador a deixar a atadura compressiva por várias horas após a doação.

Orientar o doador a evitar erguer objetos pesados durante várias horas após a doação.

Orientar o doador a evitar fumar durante uma hora e a evitar consumir bebida alcoólica durante três horas após a doação.

Orientar o doador a aumentar a ingestão de líquidos durante dois dias após a doação.

Orientar o doador a fazer uma dieta bem-equilibrada durante duas semanas após a doação.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

- Beekmann S.E., Vaughn T.E., McCoy K.D., Ferguson K.J., Torner J.C., Woolson R.F., Doebbeling B.N. Hospital bloodborne pathogens programs: Program characteristics and blood and body fluid exposure rates. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2001;22(2):73-82.
- Ernst D.J., Ernst C. Phlebotomy for nurses and nursing personnel. Ramsey, IN: HealthStar Press, 2001.
- Garza D., Becan-McBride K. Phlebotomy handbook: Blood collection essentials, 5th ed., Stamford, CT: Appleton & Lange; 1999:227-252.
- Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:1188-1196.

Terapia com SANGUESSUGAS (3460)

Definição: Aplicação de sanguessugas medicinais para ajudar a drenar tecido reimplantado ou transplantado que esteja obstruído com sangue venoso.

Atividades:

Somente usar sanguessugas se o paciente possuir um suprimento intacto de sangue arterial para prevenir infecção pelas bactérias endossimbióticas presentes nos intestinos das sanguessugas.

Orientar o paciente que as glândulas salivares da sanguessuga secretam um anestésico local que ajuda a mascarar a sensação da mordida.

Orientar o paciente que não há necessidade de anestésico local em tecido reimplantado, porque os nervos sofreram recentemente uma nova anastomose.

Orientar o paciente que as sanguessugas secretam hirudina, um anticoagulante, de modo que o local irá gotejar até 50 mL de sangue durante 24 a 48 horas após a remoção.

Tranquilizar o paciente quanto à terapia com sanguessugas ser um tratamento médico aceito.

Usar precauções universais.

Usar cada sanguessuga para apenas um paciente, evitando transferência de infecções de um paciente a outro.

Limpar o enxerto ou membro com água esterilizada e secá-lo com pano esterilizado.

Orientar o paciente a não tocar na sanguessuga, nem removê-la manualmente, depois de aplicadas.

Circundar o local com toalhas e/ou gaze, para prevenir a migração da sanguessuga.

Intensificar o interesse da sanguessuga em fixar-se, colocando uma gota de glicose a 5% e água no local.

Aplicar a sanguessuga suavemente sobre o local, usando fórceps.

Garantir que as extremidades anterior e posterior da sanguessuga estejam presas à área afetada.

Monitorar a sanguessuga, de forma contínua, até estar completamente distendida (10 a 15 minutos após a fixação) e se afastarem do paciente.

Remover as sanguessugas que não se afastarem, batendo nelas, delicadamente, com compressa com álcool.

Refrigerar as sanguessugas não utilizadas em recipiente com solução salgada (água de fonte ou destilada), cobertas com uma rede.

Manusear as sanguessugas com delicadeza após alimentá-los, para evitar regurgitação dos conteúdos de seus intestinos.

Colocar as sanguessugas em recipiente pequeno com álcool para incineração.

Limpar a área tratada a cada uma a duas horas, com solução metade peróxido de hidrogênio e metade água esterilizada para evitar que a drenagem do sangue endureça e comprima o fluxo sanguíneo.

Administrar antibióticos, conforme apropriado, para prevenir infecção iatrogênica por *A. hydrophilia*.

Monitorar a hemoglobina e os hematócritos, no mínimo, uma vez ao dia, conforme apropriado.

Documentar a reação do paciente ao tratamento.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Kocent L.S., Spinner S.S. Leech therapy: New procedures for an old treatment. *Pediatric Nursing*. 1992;18(5):481-483. 542

Peel K. Making sense of leeches. *Nursing Times*. 1993;89(27):34-35.

Shinnkman R. Worms and squirms: Maggots, leeches making a comeback in modern medicine. *Modern Healthcare*. 2000;30(43):54.

Voge C., Lehnerr S.M. Getting attached to leeches. *Nursing* 99. 1999;29(11):46-47.

Avaliação da SAÚDE (6520)

Definição: Detectar riscos ou problemas de saúde por meio de histórico, exame e outros procedimentos.

Atividades:

Determinar a população-alvo para a avaliação da saúde.

Anunciar os serviços de avaliação de saúde no sentido de aumentar a conscientização do público.

Proporcionar acesso fácil a serviços de avaliação (p. ex., hora e local).

Agendar consultas para melhorar a eficiência e o cuidado individualizado.

Utilizar instrumentos de avaliação de saúde válidos e confiáveis.

Orientar sobre as razões e a finalidade das avaliações e do automonitoramento da saúde.

Obter consentimento informado para os procedimentos de avaliação da saúde, conforme apropriado.

Oferecer privacidade e confidencialidade.

Oferecer conforto durante os procedimentos de avaliação.

Obter o histórico de saúde, conforme apropriado, inclusive a descrição dos hábitos de saúde, dos fatores de risco e dos medicamentos.

Obter a história de saúde familiar, conforme apropriado.

Reduzir exame físico, conforme apropriado.

Medir pressão sanguínea, altura, peso, percentual de gordura do corpo, níveis de colesterol e açúcar no sangue e análise da urina, conforme apropriado.

Realizar (ou encaminhar para) papanicolau, mamografia, exame da próstata, ECG, exame dos testículos e exame da visão, conforme apropriado.

Coletar amostras para análise.

Preencher de forma adequada os registros da Secretaria de Saúde, ou outros registros, para a monitoramento de resultados anormais, como pressão sanguínea elevada.

Oferecer as informações adequadas para automonitoramento durante a avaliação.

Apresentar os resultados da avaliação de saúde ao paciente.

Informar o paciente sobre as limitações e a margem de erro de exames de avaliação específicos.

Aconselhar o paciente com achados anormais sobre alternativas de tratamento ou necessidade de outras avaliações.

Encaminhar o paciente a outros provedores de cuidado de saúde, se necessário.

Providenciar contato para acompanhamento ao paciente com achados anormais.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Ahlbom A., Norell S. Introduction to modern epidemiology, 2nd ed. Chestnut Hill, MA: Epidemiology Resources, 1990.

Ferren-Carter K. The health fair as an effective health promotion strategy. *AAOHN Journal*. 1991;39(11):513-516.

Goepfing J., Labuhn K.T. Self-health care through risk appraisal and reduction. In: Stanhope M., Lancaster J., editors. *Community health nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1992:578-591.

Hornsey J. Screening by program. *Occupational Health*. 1991;43(5):150-151.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Health assessment. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:523-625.

Leatherman J., Davidhizar R. Health screening on a college campus by nursing students. *Journal of Community Health Nursing*. 1992;9(1):43-51.

May A. Implementing an annual screening program. *Health Visitor*. 1992;65(7):240-241.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Health assessment. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:59-79.

Smith R.A., Cokkinides V., von Eschenbach A.C., Levin B., Cohen C., Runowicz C.D., Sener S., Saslow D., Eyre H.J. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2002;52(1):8-22.

Summer J. Screening the elderly. *Nursing Times*. 1991;87(3):60-82.

Desenvolvimento da SAÚDE Comunitária (8500)

Definição: Dar assistência a membros de uma comunidade para identificar preocupações comuns de saúde da comunidade, mobilizar recursos e implementar soluções.

Atividades:

Identificar preocupações de saúde, pontos fortes e prioridades com os parceiros na comunidade.

Oportunizar a participação de todos os segmentos da comunidade.

Auxiliar os membros da comunidade para conscientização dos problemas e preocupações de saúde.

Envolver-se em diálogo para definir as preocupações de saúde da comunidade e elaborar planos de ação.

Facilitar a implementação e a revisão dos planos da comunidade.

Auxiliar os membros da comunidade a desenvolver e buscar recursos.

Fortalecer as redes de apoio da comunidade.

Identificar e desenvolver líderes comunitários potenciais.

Manter a comunicação aberta com membros e instituições da comunidade.

Fortalecer os contatos entre pessoas e grupos para a discussão de interesses comuns e competitivos.

Providenciar uma estrutura organizacional pela qual as pessoas possam fortalecer as habilidades de comunicação e negociação.

Fornecer um ambiente, criar situações em que as pessoas e os grupos se sintam seguros para expressar seus pontos de vista.

Desenvolver estratégias para controle de conflitos.

Unificar os membros da comunidade em prol de uma missão comum.

Garantir que os membros da comunidade mantenham controle sobre o processo decisório.

Fortalecer o compromisso com a comunidade, demonstrando como a participação irá influenciar a vida de cada um e melhorar os resultados.

Desenvolver os mecanismos para o envolvimento dos membros nas atividades locais, estaduais e nacionais relativas às preocupações de saúde da comunidade.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Denhan A., Quinn S., Gamble D. Community organizing for health promotion in the rural south: An exploration of community competence. *Family and Community Health*. 1998;2(1):1-21.

Eng E., Parker E. Measuring community competence in the Mississippi Delta: The interface between program evaluation and empowerment. *Health Education Quarterly*. 1994;21(2):119-120.

May K., Mendelson C., Ferketich S. Community empowerment in rural health care. *Public Health Nursing*. 1995;12(1):25-30.

Spradley B., Allender J. Community health nursing: Concepts and practice, 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

Stanhope M., Lancaster J. Community health nursing: Promoting health of aggregates, families and individuals, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

Educação em SAÚDE (5510)

Definição: Desenvolvimento e disponibilização de instruções e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades.

Atividades:

Estabelecer grupos e de pessoas de várias idades com alto risco que possam se beneficiar da educação em saúde.

Estabelecer as necessidades identificadas nos Healthy People 2010: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, ou em outros programas locais, estaduais e nacionais.

Identificar fatores internos ou externos que possam aumentar ou reduzir a motivação para comportamentos saudáveis.

Determinar o contexto pessoal e a história sociocultural de comportamentos de saúde de um indivíduo, família ou

comunidade.

Determinar os conhecimentos de saúde, comportamentos e estilo de vida atuais de indivíduos, famílias ou grupo-alvo.

Auxiliar os indivíduos, as famílias e as comunidades a esclarecerem suas crenças e valores de saúde.

Identificar as características da população-alvo que influenciem na seleção de estratégias de aprendizagem.

Priorizar as necessidades de aprendizagem identificadas com base na preferência do paciente, habilidades do enfermeiro, recursos disponíveis e probabilidade de sucesso para obtenção das metas.

Formular objetivos para um programa de educação em saúde.

Identificar os recursos (p. ex., pessoais, espaciais, de equipamento, financeiros etc.) necessários para realizar o programa.

Considerar a possibilidade de acesso, preferência do consumidor e custos ao planejar o programa.

Colocar, estrategicamente, anúncios atrativos para chamar a atenção do público-alvo.

Evitar o uso de técnicas amedrontadoras ou terrorismo como estratégia para motivar as pessoas a mudarem comportamentos de saúde ou do estilo de vida.

Enfatizar os benefícios de saúde, imediatos ou de curto prazo, a serem obtidos a partir de comportamentos positivos de saúde em vez dos benefícios de longo prazo, ou os efeitos negativos da falta de adesão.

Incorporar estratégias para melhorar a autoestima do público-alvo.

Elaborar materiais educativos escritos em um nível de leitura adequado para público-alvo.

Ensinar estratégias que possam ser usadas para evitar comportamentos não saudáveis ou de risco em vez de aconselhar a evitar ou mudar comportamentos.

Manter uma apresentação focalizada e curta, além de iniciar e terminar sem sair do assunto principal.

Utilizar apresentações de grupo de modo a oferecer apoio e reduzir riscos em populações com problemas ou com preocupações semelhantes, conforme apropriado.

Utilizar lideranças de professores e colegas e grupos de apoio ao implementar programas para grupos com menor probabilidade de escutar profissionais de saúde ou adultos (p. ex., adolescentes), conforme apropriado.

Utilizar palestras para transmitir a quantidade máxima de informações quando adequado.

Utilizar discussões em grupo e dramatização para influenciar nas crenças, atitudes e valores a cerca de saúde.

Utilizar técnicas para demonstrações de retorno, participação dos envolvidos e manipulação de materiais ao ensinar habilidades psicomotoras.

Utilizar orientação com auxílio do computador, televisão, vídeos interativos e outras tecnologias para transmitir as informações.

Utilizar teleconferências, telecomunicações e tecnologias eletrônicas para ensino a distância.

Envolver indivíduos, famílias e grupos no planejamento e implementação de planos para modificar comportamentos de saúde e estilo de vida.

Determinar o apoio da família, colegas e comunidade para os comportamentos que promovam a saúde.

Utilizar sistemas de apoio sociais e familiares para melhorar a eficácia das mudanças no estilo de vida e em comportamentos de saúde.

Enfatizar a importância de padrões saudáveis na alimentação, sono, exercício etc., para indivíduos, famílias e grupos que sirvam de modelo de valores e comportamentos para outras pessoas, especialmente, crianças.

Utilizar uma variedade de estratégias e momentos de intervenção no programa educativo.

Planejar acompanhamento de longo prazo para reforçar adaptações nos comportamentos de saúde ou estilo de vida.

Criar e implementar estratégias para mensurar os resultados obtidos a intervalos regulares, durante e após o término do programa.

Criar e implementar estratégias para mensurar o programa e a eficácia de custos da educação usando os dados para aperfeiçoar a eficiência dos programas subsequentes.

Influenciar o desenvolvimento de políticas que garantam a educação em saúde como um benefício ao empregado.

Encorajar políticas em que empresas seguradoras analisem a possibilidade de oferecer prêmios ou benefícios para práticas saudáveis.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

APHA Technical Report. Criteria for the development of health promotion and education programs. *American Journal of Public Health*. 1987;77(1):89-92.

Bastable S.B. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2003.

Craven R.F., Hirmler C.J. Health and wellness. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:255-266.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Health promotion. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:118-139.

Pender N.J., Murdaugh C.L., Parsons M.A. Health promotion in nursing practice, 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2002.

U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: Understanding and improving health, 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000.

Melhora da Educação em SAÚDE (5515)

Definição: Assistência a indivíduos com capacidade limitada para conseguir, processar e entender informações relativas à saúde e à doença.

Atividades:

Criar um ambiente de cuidados de saúde em que o paciente com deficiências educacionais possa buscar ajuda sem sentir vergonha ou ser estigmatizado.

Utilizar uma comunicação adequada e clara.

Utilizar linguagem simples.

Simplificar a linguagem sempre que possível.

Utilizar ritmo de fala lento.

Evitar jargão médico e uso de acrônimos.

Comunicar-se levando em conta cultura, idade e adequação ao gênero.

Determinar a experiência do paciente em relação à promoção, proteção, prevenção de doenças, atendimento e manutenção de saúde por meio do sistema de atendimento de saúde.

Determinar a condição da educação em saúde no primeiro contato com o paciente, por meio de questionamentos informais e/ou formais.

Determinar o estilo de vida do paciente.

Observar o surgimento de indicadores de educação de saúde deficientes (p. ex., falha ao preencher formulários, falta a consultas, uso inapropriado dos medicamentos, incapacidade de identificar os medicamentos ou descrever as razões para seu uso, postergar informações de saúde a familiares, fazer muitas perguntas sobre assuntos abordados em folhetos e brochuras, evitar a leitura diante de profissionais da saúde).

Conseguir o auxílio de intérpretes, quando necessário.

Alcançar informações de saúde essenciais, escritas e orais na língua do paciente.

Determinar o que o paciente já conhece sobre sua condição de saúde, ou os riscos, e relacionar à informações já conhecidas.

Oferecer ensino ou aconselhamento individualizado sempre que possível.

Disponibilizar materiais escritos de fácil compreensão (p. ex., uso de frases curtas e palavras comuns, com menos sílabas; salientar pontos importantes, usar a voz ativa, letras grandes, configurar e apresentar de modo simples, agrupar itens similares em segmentos, enfatizar comportamentos e atos a serem realizados, usar figuras ou diagramas para esclarecer e reduzir o esforço da leitura).

Utilizar estratégias para melhorar a compreensão (p. ex., começar pelas informações mais importantes, concentrar-se nas mensagens principais e repeti-las; limitar a quantidade das informações apresentadas uma de cada vez, usar exemplos que ilustrem aspectos importantes, relacionando com a experiência do indivíduo, usar um estilo como se estivesse contando uma história).

Utilizar múltiplos recursos de comunicação (p. ex., material de áudio, vídeo, dispositivos digitais de vídeo, computadores, modelos, diagramas).

Avaliar a compreensão do paciente, fazendo-o repetir com as próprias palavras, ou demonstrando a habilidade.

Encorajar o indivíduo a fazer perguntas e a buscar esclarecimentos (p. ex., Qual é meu problema principal? O que tenho que fazer? Por que é importante que eu faça isso?).

Auxiliar a pessoa a antecipar suas experiências no sistema de atendimento de saúde (p. ex., responder a perguntas, procurar diferentes profissionais de saúde, dizer aos profissionais de saúde que não entendeu as informações, buscar os resultados dos exames laboratoriais, agendar e comparecer às consultas).

Encorajar o uso de medidas eficientes para enfrentar a dificuldade de entender as informações de saúde (p. ex., persistir ao solicitar ajuda, ter consigo uma lista escrita de perguntas e preocupações a cada encontro de saúde, depender de explicações orais ou demonstrações das tarefas, buscar ajuda da família ou de amigos para obter informações de saúde).

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Baker D.W. The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21:878-883.

DeWalt D.A., Berkman N.D., Sheridan S., Lohr K.N., Pignone M.P. Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19:1228-1239.

Doak C.C., Doak L.G., Root J.H. Teaching patients with low literacy skills, 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

Dubrow J. Adequate literacy and health literacy: Prerequisites for informed health care decision making 2004. Available August 20, 2006, from <http://www.aarp.org> AARP Public Policy Institute

Institute of Medicine. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press, 2004.

Osborne H. Health literacy from A to Z. Practical ways to communicate your health message. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2005.

Schwartzberg J.G., VanGeest J.B., Wang C., editors. Understanding health literacy: Implications for medicine and public health. Chicago: American Medical Association Press, 2005.

Speros C. Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(6):633-640.

Weiss B.D., Mays M.Z., Martz W., Castro K.M., DeWalt D.A., Pignone M.P., Mockbee J., Hale F.A. Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*. 2005;3(6):514-522.

Monitoração de Políticas de SAÚDE (7970)

Definição: Supervisão e influência de regulamentos, regras e padrões governamentais e organizacionais que influenciam os sistemas e as práticas de enfermagem para garantir um atendimento qualificado aos pacientes.

Atividades:

Revisar as políticas e os padrões propostos na literatura organizacional, governamental e profissional nos meios de comunicação.

Avaliar as implicações e as exigências das políticas e dos padrões propostos para um atendimento qualificado ao paciente.

Comparar as exigências das políticas e dos padrões com as práticas atuais.

Avaliar os efeitos negativos e positivos das políticas e padrões de saúde sobre a prática da enfermagem, o paciente e o custo dos resultados.

Identificar e solucionar discrepâncias entre políticas e padrões de saúde e a prática atual da enfermagem.

Informar aos responsáveis pelas políticas de saúde as implicações dessas políticas e dos padrões atuais e propostos no bem-estar do paciente.

Pressionar os responsáveis pelas políticas para que realizem as mudanças nelas, bem como nos padrões de saúde, de modo a beneficiar os pacientes.

Testemunhar em foros públicos, organizacionais e profissionais de modo a influenciar a formulação das políticas e padrões de saúde que beneficiem os pacientes.

Auxiliar os consumidores de atendimento de saúde a se informarem sobre as mudanças atuais e propostas nas políticas e padrões de saúde e as implicações nos resultados de saúde.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Dean-Barr S.L. Standards and guidelines: How do they assure quality? In McCloskey J., Grace H.K., editors: *Current issues in nursing*, 4th ed., St. Louis, MO: Mosby, 1994.

Donahue M. Advocacy. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: W.B. Saunders;

Maas M., Mulford C., Structural adaptation of organizations: Issues and strategies for nurse executives. *Series on Nursing Administration* St. Louis, MO: Mosby; 1989;2 :3-40.

Mason D.J., Leavitt J.K., Chaffee M.W. Policy and politics in nursing and health care. Philadelphia: W.B. Saunders, 2007.

Specht J., Implications of the ethics and economics of health care rationing for nursing administration. Johnson M., editor. *Economic myths and realities: Doing more with no more. Series on Nursing Administration*. St. Louis, MO: Mosby; 1992;4:19-36.

Warner D.M., Holloway D.C., Grazier K.L. Decision making and control for health administration. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1984.

Orientação quanto Sistema de SAÚDE (7400)

Definição: Facilitação do acesso e uso pelo paciente dos serviços de saúde adequados.

Atividades:

Explicar o sistema de atendimento de saúde, seu funcionamento e o que o paciente/família pode esperar.

Auxiliar o paciente ou a família a coordenar o cuidado de saúde e a comunicação.

Auxiliar o paciente ou a família a escolher os profissionais adequados para os cuidados de saúde.

Orientar o paciente sobre o tipo de serviço a ser esperado para cada espécie de provedor de cuidados de saúde (p. ex., especialistas em enfermagem, nutricionistas, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, cardiologistas, clínicos, oftalmologistas e psicólogos).

Informar o paciente sobre diferentes tipos de instalações de cuidado de saúde (hospital geral, hospital especializado, hospital-escola, clínica de internação, clínica para cirurgia ambulatorial), conforme apropriado.

Informar o paciente sobre as exigências da Secretaria de Saúde para o credenciamento com relação à qualidade de uma instituição.

Informar o paciente sobre recursos apropriados da comunidade e pessoas para contato.

Aconselhar a busca por uma segunda opinião.

Informar o paciente sobre seu direito de escolha do provedor de atendimento de saúde.

Informar o paciente sobre o significado da assinatura em formulário de consentimento informado.

Oferecer ao paciente uma cópia de sua Carta de Direitos.

Informar o paciente sobre formas de acesso a serviços de emergência por telefone e serviço de transporte, conforme apropriado.

Estimular o paciente a dirigir-se ao departamento de emergência, se adequado.

Identificar e facilitar a comunicação entre os provedores de cuidados de saúde e o paciente/família, conforme apropriado.

Informar o paciente/família sobre formas de confrontar a decisão tomada por um provedor de cuidados de saúde, se necessário.

Estimular a consulta a outros profissionais de saúde, conforme apropriado.

Solicitar os serviços de outros profissionais de saúde para o paciente, conforme apropriado.

Coordenar os encaminhamentos relevantes a provedores de cuidados de saúde, conforme apropriado.

Revisar e reforçar as informações dadas por outros profissionais de saúde.

Informar sobre formas de obter equipamentos.

Coordenar/programar o tempo necessário para que cada serviço preste seu atendimento de saúde, conforme apropriado.

Informar o paciente sobre custo, tempo, alternativas e riscos envolvidos em determinado exame ou procedimento.

Oferecer orientações escritas sobre a finalidade e a localização de atividades pós-internação/atendimento ambulatoriais, conforme apropriado.

Oferecer orientações escritas sobre a finalidade e a localização de instituições de saúde, conforme apropriado.

Discutir o resultado da consulta com outros profissionais de saúde, conforme apropriado.

Identificar e facilitar as necessidades de transporte até os serviços de saúde.

Providenciar contato para acompanhamento do cuidado, conforme apropriado.

Monitorar a adequação do acompanhamento dos cuidados de saúde.

Providenciar relatório para os provedores do cuidado após a hospitalização, conforme apropriado.

Estimular o paciente/família a fazer perguntas sobre serviços, custos e as formas de pagamentos.

Obedecer aos regulamentos relativos a reembolso por serviços de terceiros.

Auxiliar o indivíduo a preencher formulários de assistência, para alojamento e ajuda financeira, se necessário.

Avisar o paciente sobre consultas agendadas, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Arnold E., Boggs K. *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1989.

Craven R.F., Hirnle C.J. Case management. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:379-390.

Dunne P.J. The emerging health care delivery system. *American Association of Respiratory Care (AARC) Times*. 1998;22(1):24-28.

Matthews P. Planning for successful outcomes in the new millennium. *Topics in Health Information Management*. 2000;20(3):55-64.

Viscardis L. The family-centered approach to providing services: A parent perspective. *Physical & Occupation Therapy in Pediatrics*. 1998;18(1):41-53.

Zarbock S.G. Sharing in all dimensions: Providing nourishment at home. *Home Care Provider*. 1999;4(3):106-107.

Troca de Informações sobre Cuidados de SAÚDE (7960)

Definição: Oferecimento de informações de cuidados do paciente a outros profissionais da saúde.

Atividades:

Identificar o enfermeiro e o local de encaminhamento.

Identificar dados demográficos essenciais.

Descrever o histórico anterior de saúde.

Identificar diagnósticos médicos e de enfermagem atuais.

Identificar diagnósticos médicos e de enfermagem solucionados, conforme apropriado.

Descrever o plano de cuidados, incluindo dieta, medicamentos e exercícios.

Descrever as intervenções de enfermagem que estão sendo implementadas.

Identificar equipamentos e suprimentos necessários ao atendimento.

Resumir o progresso do paciente em direção às metas.

Identificar a data antecipada da alta ou da transferência.

Identificar agendamento de retorno planejado para cuidados de acompanhamento.

Descrever o papel da família na manutenção dos cuidados.

Identificar as capacidades do paciente e familiares para a implementação dos cuidados após a alta.

Identificar outras instituições que oferecem atendimento.

Solicitar informações de profissionais da saúde em outras instituições.

Coordenar o atendimento com outros profissionais da saúde.

Discutir os pontos fortes e os recursos do paciente.

Partilhar preocupações do paciente e da família com outros provedores de cuidados de saúde.

Partilhar informações obtidas com outros profissionais de saúde sobre o paciente e a família, conforme apropriado.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Communication of the nursing process: Documenting and reporting. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:229-251.

Jenkins C.A., Schullz M., Hanson J., Bruera E. Demographic, symptom and medication profiles of cancer patients seen by a palliative care consult team in a tertiary referral hospital. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2000;19(3):174-184.

Job T. A system for determining the priority of referrals within a multidisciplinary community mental health team. *British Journal of Occupation Therapy*. 1999;62(11):486-490.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Documenting and reporting. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:328-349.

Kron T., Gray A. The management of patient care. Putting leadership skills to work, 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.

Smith F.A. The function of consumer health information centers in hospitals. *Medical Library Association News*. 2000;327:23.

Summerton H. Discharge planning: Establishing an effective coordination team. *British Journal of Nursing*. 1998;7(20):1263-1267.

Controle da SEDAÇÃO (2260)

Definição: Administração de sedativos, monitoramento da resposta do paciente e oferecimento do suporte fisiológico necessário durante procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Atividades:

Revisar o histórico de saúde do paciente e os resultados dos exames diagnósticos para determinar se ele atende aos critérios da instituição para sedação consciente feita por enfermeiro registrado.

Perguntar ao paciente ou familiares sobre experiências passadas com sedação consciente.

Checar alergias a fármacos.

Determinar a última ingestão de alimentos e líquidos.

Revisar outros medicamentos que o paciente esteja tomando e checar a ausência de contraindicações à sedação.

Orientar o paciente e/ou familiares sobre os efeitos da sedação.

Conseguir o consentimento informado escrito.

Avaliar o nível de consciência e os reflexos de proteção do paciente antes de administrar a sedação.

Obter sinais vitais básicos, saturação de oxigênio, ECG, altura e peso iniciais.

Garantir a disponibilidade imediata de equipamento de reanimação para emergência, em especial fonte de oferecimento de O₂ a 100%, medicamentos de emergência e desfibrilador.

Iniciar um acesso IV.

Administrar medicação conforme ordem médica ou protocolo, titulando com cautela, conforme a reação do paciente.

Monitorar o nível de consciência do paciente e seus sinais vitais, a saturação de oxigênio e o ECG, conforme o protocolo da agência.

Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos do medicamento, inclusive agitação, depressão respiratória, hipotensão, sonolência indevida, hipoxemia, arritmias, apneia ou exacerbação de alguma condição preexistente.

Garantir a disponibilidade de antagonistas e administrá-los, como convier, de acordo com ordem médica ou protocolo.

Determinar se o paciente atende aos critérios de alta ou transferência (*i.e.*, escala Aldrete), conforme o protocolo da instituição.

Documentar as ações e a resposta do paciente conforme a política da instituição.

Dar alta ou transferir o paciente de acordo com o protocolo da instituição.

Oferecer instruções de alta por escrito conforme o protocolo.

Segunda edição 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Pediatrics. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatrics*. 1992;89(6):1110-1114.

Holzman R.S., Cullen D.J., Eichron J.H., Philip J.J. Guidelines for sedation by nonanesthesiologists during diagnostic and therapeutic procedures. *Clinical Anesthesia*. 1994;6(4):265-276.

Karch A.M. 2007 Lippincott's nursing drug guide. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Somerson S.J., Husted C.W., Sicilia M.R. Insights into conscious sedation. *American Journal of Nursing*. 1995;95(6):25-32.

Somerson S.J., Somerson S.W., Sicilia M.R. Conscious sedation. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:297-310.

Aumento da SEGURANÇA (5380)

Definição: Intensificação de uma sensação de segurança física e psicológica pelo paciente.

Atividades:

Oferecer um ambiente livre de ameaças.

Demonstrar calma.

Ficar um tempo com o paciente.

Oferecer-se para ficar com o paciente no novo ambiente durante as primeiras interações com os outros.

Permanecer com o paciente e tranquilizá-lo quanto à segurança e à proteção durante períodos de ansiedade.

Apresentar a mudança pouco a pouco.

Discutir as mudanças iminentes (p. ex., uma transferência entre alas) antes do evento.

Evitar provocar situações emocionais fortes.

Oferecer a chupeta ao bebê, conforme apropriado.

Segurar ao colo uma criança pequena ou um bebê, conforme apropriado.

Facilitar a permanência dos pais durante a noite com o filho hospitalizado.

Facilitar a manutenção dos rituais usuais dos pais à hora de dormir.

Encorajar a família a trazer objetos pessoais para uso ou alegria do paciente.

Escutar os medos do paciente/família.

Encorajar a investigação do escuro, conforme apropriado.

Deixar luzes acesas à noite, se necessário.

Conversar sobre situações ou pessoas específicas que ameacem o paciente ou a família.

Explicar todos os exames e procedimentos ao paciente/família.

Responder às perguntas sobre o estado de saúde com honestidade.

Ajudar o paciente/família a identificar os fatores que aumentam a sensação de proteção.

Ajudar o paciente a identificar reações normais de enfrentamento.

Ajudar o paciente a usar respostas de enfrentamento que tenham funcionado no passado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Pillitteri A. Nursing care and the ill child and family. In *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed., Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins; 2007:1067-1105.

Promoção da SEGURANÇA em Veículos (9050)

Definição: Assistência a indivíduos, famílias e comunidades para aumentar a conscientização quanto a medidas de redução de lesões não intencionais em veículo motorizado e não motorizado.

Atividades:

Determinar a conscientização atual da segurança em veículos, conforme apropriado.

Identificar as necessidades de segurança do público-alvo.

Identificar indivíduos e grupos com alto risco de lesão por veículo.

Identificar riscos à segurança no ambiente.

Eliminar riscos à segurança no ambiente quando possível.

Informar sobre os riscos associados ao uso de veículos motorizados e não motorizados, conforme indicado.

Informar a populações de alto risco os perigos e os riscos dos veículos (p. ex., ingestão de bebidas alcoólicas, comportamentos de risco, desobediência às leis).

Colaborar com as instituições da comunidade nos esforços educacionais para promover a segurança nos veículos (p. ex., parcerias com escolas, polícia, secretaria de saúde local, entidades relacionadas à segurança infantil).

Providenciar material de leitura sobre a importância e os métodos para aumento da segurança nos veículos.

Educar os motoristas de veículos motorizados e não motorizados sobre as regras da estrada.

Educar sobre a importância do uso adequado e regular de recursos de proteção para reduzir riscos de lesão (p. ex., cadeiras para crianças em automóvel, cintos de segurança, capacetes).

Enfatizar a importância de sempre usar o cinto de segurança.

Encorajar os motoristas a dar partida no carro somente quando todos os passageiros estiverem usando cintos de segurança.

Encorajar os adultos a servirem de exemplo em relação à importância do uso do cinto de segurança e a usar práticas de direção segura.

Informar sobre o ajuste adequado dos cintos de segurança para que sejam confortáveis e seguros.

Monitorar o uso que os pais fazem às cadeirinhas para bebês e aos cintos de segurança.

Educar os pais sobre a instalação correta de cintos de segurança para crianças.

Orientar os pais para prenderem os bebês com cintos de segurança e a manterem crianças com menos de 13 anos no banco traseiro do automóvel.

Encorajar os pais a levarem a cadeirinha de segurança para crianças pequenas em viagens (p. ex., avião, trem, ônibus).

Demonstrar aos pais estratégias que podem ser utilizadas para manter as crianças ocupadas enquanto presas com cintos de segurança ou cadeirinhas especiais para automóvel.

Elogiar as crianças e as famílias pelo uso adequado e regular de práticas seguras nos veículos.

Disponibilizar cadeirinhas de automóvel para crianças, a todas as famílias por meio de instituições de serviços na comunidade.

Informar aos pais sobre a importância de escolherem uma bicicleta que seja adequada para criança, ajustando-a, periodicamente, à medida que a criança cresce.

Encorajar o uso de recursos de adaptação para aumentar a segurança nos veículos (p. ex., espelhos, buzinas, refletores, faróis).

Enfatizar a importância de sempre usar capacete e roupas luminosas ou refletoras em bicicleta, motocicletas e outros veículos motorizados (p. ex., todos os veículos em terra, veículos para neve).

Enfatizar a importância de usar sapatos e roupas protetoras enquanto em veículo motorizado e não motorizado.

Monitorar as taxas de acidentes na comunidade para determinar outras medidas educacionais.

Apoiar a iniciativas que promovam a segurança nos veículos e a tornem obrigatória.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- Arneson S. Environmental management: Automobile safety. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:509-520.
- Duchossois G., Vanore M.L. The development and evolution of a hospital-based child safety seat program. *Journal of Trauma Nursing*. 2002;9(4):103-110.
- Morrison D.S., Petticrew M., Thomson H. What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57:327-333.
- Otis J., Lesage D., Godin G., Brown B., Farley C., Lambert J. Predicting and reinforcing children's intentions to wear protective helmets while bicycling. *Public Health Reports*. 1992;107(3):283-289.
- Solis G.R. Evaluation of a children's safety fair. *Pediatric Nursing*. 1991;17(3):255-258.
- Watts D., O'Shea N., Ile A., Flynn E., Trask A., Kelleher D. Effect of a bicycle safety program and free bicycle safety program and free bicycle helmet distribution on the use of bicycle helmets by elementary school children. *Journal of Emergency Nursing*. 1997;23(5):417-419.

Autorização do SEGURO (7410)

Definição: Auxílio a paciente e provedor para garantir o pagamento por terceiros dos serviços ou equipamento de saúde.

Atividades:

Explicar as razões da obtenção de aprovação antecipada para os serviços ou equipamento de saúde.

Explicar o consentimento para a liberação de informações.

Obter a assinatura do paciente ou adulto responsável no formulário para liberação de informações.

Obter informações e a assinatura do paciente ou adulto responsável em formulário de designação de benefícios, conforme necessário.

Oferecer informações ao terceiro pagador sobre a necessidade do serviço ou equipamento no atendimento de saúde.

Obter ou redigir uma solicitação para equipamento, conforme apropriado.

Enviar a solicitação do equipamento para apreciação do terceiro pagador.

Registrar as evidências da aprovação antecipada (p. ex., número da validação) no prontuário do paciente quando necessário.

Informar o paciente ou adulto responsável sobre a situação da solicitação de aprovação antecipada.

Discutir as responsabilidades financeiras do cliente (p. ex., despesas particulares), conforme apropriado.

Notificar o profissional de saúde apropriado se ocorrer recusa da aprovação pelo terceiro pagador.

Negociar modalidades alternativas de cuidado se a aprovação for recusada (p. ex. situação de paciente ambulatorial ou mudanças no atendimento/nível de gravidade).

Providenciar informações da aprovação antecipada a outros departamentos quando necessário.

Documentar os cuidados realizados, conforme a necessidade.

Auxiliar no preenchimento de formulários de reclamação, conforme necessário.

Facilitar a comunicação com os terceiros pagadores, conforme necessário.

Colaborar com outros profissionais da saúde acerca da necessidade contínua dos serviços de saúde, conforme apropriado.

Documentar a manutenção da necessidade dos serviços de saúde conforme exigência.

Providenciar as informações necessárias (p. ex., nome, número do Seguro Social e provedor) ao terceiro pagador para o reembolso, conforme necessário.

Auxiliar o cliente a acessar os serviços ou os equipamentos de saúde necessários.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Grossman J. The psychiatric, alcohol and drug algorithm: A decision model for the nurse reviewer. *Quality Review Bulletin*. 1987;13(9):302-308.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Health care delivery systems. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:88-105.

LeNoble E. Pre-admission possible. *The Canadian Nurse*. 1991;14(2):18-20.

Pechansky R., Macnee C.L. Ensuring excellence: Reconceptualizing quality assurance, risk management, and utilization review. *Quality Review Bulletin*. 1993;19(6):182-189.

Stone C.L., Krebs K. The use of utilization review nurses to decrease reimbursement denials. *Home Healthcare Nurse*. 1990;8(3):13-17.

Controle da SENSIBILIDADE Periférica (2660)

Definição: Prevenção ou minimização de lesão ou desconforto em paciente com alteração da sensibilidade.

Atividades:

Monitorar a distinção entre afiado/não afiado, ou quente/frio.

Monitorar a ocorrência de parestesias: dormência, formigamento, hiperestesia e hipoestesia.

Encorajar o paciente a usar a parte do corpo não afetada para determinar a temperatura dos alimentos, da bebida, da água do banho etc.

Encorajar o paciente a usar a parte do corpo não afetada para identificar a localização e textura dos objetos.

Orientar o paciente ou a família para monitorar a posição das partes do corpo durante o banho, o sentar-se, o deitar-se, ou nas trocas de posição.

Orientar o paciente ou a família a examinar, diariamente, a pele em busca de alterações na integridade.

Monitorar o ajuste de aparelhos corretivos, próteses, sapatos e roupas.

Orientar o paciente e a família quanto ao uso do termômetro para testar a temperatura da água.

Encorajar o uso de luvas térmicas ao segurar utensílios aquecidos.

Encorajar o uso de luvas ou outras roupas de proteção sobre a parte do corpo afetada quando em contato com objetos que, devido a características térmicas, de textura ou outras a eles inerentes, podem ser potencialmente perigosos.

Evitar ou monitorar com cuidado o uso de calor ou frio, como bolsas de água quente, compressas de calor e compressas de gelo.

Encorajar o paciente a usar sapatos que sirvam bem, tenham solado baixo e sejam macios.

Colocar uma estrutura protetora sobre a parte do corpo afetada para impedir o contato com a roupa de cama.

Verificar sapatos, bolsos e roupas quanto a dobras/rugas ou objetos estranhos.

Orientar o paciente para mudar de posição a intervalos programados em vez de esperar pelo desconforto.

Usar dispositivos que aliviem a pressão, conforme apropriado.

Proteger partes afetadas do corpo contra mudanças extremas de temperatura.

Imobilizar a cabeça, o pescoço e as costas, conforme apropriado.

Monitorar a capacidade de urinar ou evacuar.

Estabelecer uma forma de urinar, conforme apropriado.

Estabelecer uma forma de evacuar, conforme apropriado.

Administrar analgésicos sempre que necessário.

Monitorar a ocorrência de tromboflebite e trombose venosa profunda.

Discutir ou identificar as causas de sensações anormais ou mudanças nas sensações.

Orientar o paciente a monitorar visualmente a posição de partes do corpo quando houver prejuízo da propriocepção.
Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Cammermeyer M., Appeldorn C., editors. Core curriculum for neuroscience nursing, 3rd ed., Chicago, IL: American Association of Neuroscience Nurses, 1990.

Hickey J.V. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing, 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992.

Mitchell P.H., Hodges L.C., Muwaswes M., Walleck C.A., editors. AANN's neuroscience nursing: Phenomena and practice. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1988.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Assessment of neurologic function. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1820-1847.

Informações SENSORIAIS Preparatórias (5580)

Definição: Descrição, em termos concretos e objetivos, das experiências sensoriais e dos eventos típicos associados a um procedimento/tratamento de cuidado de saúde estressante iminente.

Atividades:

Identificar a sequência de eventos e descrever o ambiente associado ao procedimento/tratamento.

Identificar as sensações usuais (o que será visto, sentido, cheirado, provado, escutado) que a maior parte dos pacientes descreve como associadas a todos os aspectos do procedimento/tratamento.

Descrever as sensações em termos concretos e objetivos usando as palavras descritivas do paciente, ao mesmo tempo que omite adjetivos avaliativos que refletem um grau de sensação ou reação emocional a uma sensação.

Apresentar as sensações e os eventos do procedimento/tratamento na sequência mais provável a ser experimentada.

Associar as sensações à causa, quando podem não ser autoexplicativas.

Descrever o tempo esperado de duração das sensações e eventos do procedimento, ou as expectativas de mudança nelas.

Personalizar as informações, usando pronomes pessoais.

Oportunizar ao paciente fazer perguntas e esclarecer mal-entendidos.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Christman N.J., Kirchoff K.T., Oakley M.G. Preparatory sensory information. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:398-408.

CURN Project. Preoperative sensory preparation to promote recovery. New York: Grune & Stratton, 1981.

Johnson J.E., Fieler V.K., Jones L.S., Wlasowicz G.S., Mitchell M.L. Self-regulation theory: Applying theory to your practice. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Press, 1997.

Johnson J.E., Fieler V.K., Wlasowicz G.S., Mitchell M.L., Jones L.S. The effects of nursing care guided by self-regulation theory on coping with radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*. 1997;24:1041-1050.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Perioperative nursing. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:896-937.

Sime A.M. Sensation information. In: Snyder M., editor. *Independent nursing interventions*. 2nd ed. Albany, NY: Delmar; 1992:165-170.

Aconselhamento SEXUAL (5248)

Definição: Uso de um processo interativo de ajuda com foco na necessidade de fazer ajustes na prática sexual ou na melhoria do enfrentamento de evento/distúrbio sexual.

Atividades:

Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito.

Estabelecer a duração da relação de aconselhamento.

Dar privacidade e garantir o sigilo.

Informar logo o paciente na relação que a sexualidade é elemento importante da vida e que a doença, os medicamentos e o estresse (ou outros problemas/eventos que o paciente vive) costumam alterar a função sexual.

Dizer ao paciente que você está preparado para responder a perguntas sobre a função sexual.

Informar sobre a função sexual, conforme apropriado.

Prefaciar perguntas sobre sexualidade com declarações que digam ao paciente que muitas pessoas têm dificuldades sexuais.

Começar pelos assuntos menos sensíveis e passar aos mais delicados.

Discutir sobre o efeito da situação de doença/saúde na sexualidade.

Discutir sobre o efeito da medicação sobre a sexualidade, conforme apropriado.

Discutir sobre o efeito de mudanças na sexualidade sobre as pessoas importantes.

Discutir sobre o nível de conhecimentos do paciente sobre sexualidade em geral.

Encorajar o paciente a verbalizar medos e a fazer perguntas.

Identificar objetivos de aprendizagem necessários ao alcance das metas.

Discutir sobre as modificações necessárias na atividade sexual, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a expressar pesar e raiva sobre as alterações no funcionamento/aparência do corpo, conforme apropriado.

Evitar mostrar aversão à parte do corpo alterada.

Apresentar o paciente a modelos positivos de papel que tiveram sucesso ao vencer determinado problema, conforme apropriado.

Dar informações concretas sobre mitos e informações erradas sobre sexo que o paciente possa expressar.

Discutir sobre meios alternativos de expressão sexual aceitos pelo paciente, conforme apropriado.

Orientar o paciente apenas sobre técnicas compatíveis com valores/crenças.

Orientar o paciente quanto ao uso de medicamento(s) (*i.e.*, broncodilatadores) para melhorar a capacidade de desempenho sexual, conforme apropriado.

Determinar a quantidade de culpa sexual associada à percepção dos fatores causadores de doença pelo paciente.

Evitar finalizar, prematuramente, a discussão de sentimentos de culpa, mesmo quando pareçam irracionais.

Incluir o cônjuge/parceiro sexual o mais possível no aconselhamento, conforme apropriado.

Usar humor e encorajar o paciente a usá-lo para aliviar a ansiedade ou a vergonha.

Oferecer tranquilidade no sentido de que as práticas sexuais atuais e novas são saudáveis, conforme apropriado.

Dar tranquilidade e permissão para experimentar formas alternativas de expressão sexual, conforme apropriado.

Providenciar encaminhamento/consulta com outros membros da equipe de cuidados de saúde, conforme apropriado.

Encaminhar o paciente para terapeuta sexual, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Hines J., Daines M.A. Sexuality and the renal patient. *Nursing Times*. 1987;83(20):35-36.

Kerfoot K.M., Buckwalter K.C. Sexual counseling. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1985:127-138.

Muir A. Counselling patients who have sexual difficulties. *Professional Nurse*. 2000;15(11):723-726.

Steinke E.E. Sexual counseling after myocardial infarction. *American Journal of Nursing*. 2000;100(12):38-44.

Monitoração de SINAIS VITAIS (6680)

Definição: Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações.

Atividades:

Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado.

Observar as tendências e as oscilações na pressão sanguínea.

Monitorar a pressão sanguínea do paciente deitado, sentado e de pé antes e depois de troca de posição, conforme apropriado.

Monitorar a pressão sanguínea após o paciente ter tomado a medicação, conforme apropriado.

Auscultar a pressão sanguínea em ambos os braços e compará-las, conforme apropriado.

Monitorar a pressão sanguínea, pulso e respiração antes, durante e após as atividades, conforme apropriado.

Iniciar e manter monitoramento contínuo da temperatura, com dispositivo adequado, conforme apropriado.

Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia.

Monitorar a presença e a qualidade dos pulsos.

Verificar pulso apical e radial simultaneamente e observar a diferença, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de pulso paradoxal.

Monitorar a ocorrência de pulso alternante.

Monitorar a amplitude ou estreitamento dos pulsos.

Monitorar o ritmo e a frequência cardíaca.

Monitorar as bulhas cardíacas.

Monitorar a frequência e o ritmo respiratório (p. ex., profundidade e simetria torácica).

Monitorar os sons pulmonares.

Monitorar a oximetria de pulso.

Monitorar a ocorrência de padrões respiratórios anormais (p. ex., Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnêutico, atáxico e suspiros excessivos).

Monitorar a cor, a temperatura e a umidade da pele.

Monitorar a ocorrência de cianose central e periférica.

Monitorar a ocorrência de baqueteamento digital.

Monitorar a presença da tríade de Cushing (p. ex., bradipneia, bradicardia e aumento da pressão sanguínea sistólica).

Identificar possíveis causas de mudanças nos sinais vitais.

Verificar periodicamente a precisão dos instrumentos usados para obtenção dos dados do paciente.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Vital sign assessment. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:443-476.

Erickson R.S., Yount S.J. Comparison of tympanic and oral temperatures in surgical patients. *Nursing Research*. 1991;40(2):90-93.

Thelan L.A., Urden L.D. *Critical care nursing: Diagnosis and management*, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Titler M.G. Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):495-516. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Controle da SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL (TPM) (1440)

Definição: Alívio/atenuação dos sintomas físicos e/ou comportamentais que ocorrem durante a fase lútea do ciclo menstrual.

Atividades:

Orientar a mulher a respeito da identificação antecipada dos principais sintomas pré-menstruais (p. ex., edema, câibras, irritabilidade), realizando uma listagem dos sintomas sob forma de calendário, ou diário, além do registro do momento e da gravidade de cada sintoma.

Revisar o diário/lista de sintomas.

Cooperar com a pessoa na identificação dos sintomas mais problemáticos.

Discutir a complexidade do controle e a necessidade de uma abordagem gradativa para aliviar os sintomas individuais.

Cooperar com a pessoa na escolha e na aplicação de uma abordagem por etapas para eliminar os sintomas.

Oferecer informações sobre medidas de autocuidado específico a cada sintoma (p. ex., exercícios e suplementação de cálcio).

Prescrever medicamento específico para os sintomas de maneira apropriada ao nível de prática.

Monitorar mudanças nos sintomas.

Encorajar a pessoa a participar de grupo de apoio à TPM, se possível.

Encaminhar a um especialista, conforme apropriado.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Mortola J. Premenstrual syndrome. In: Goldman M., Hatch M., editors. *Women and health education*. San Diego, CA: Academic Press; 2000:114-125.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Management of patients with female reproductive disorders. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:1410-1444.

Speroff L., Glass R., Kase N. Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 6th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999:557-587.

Ugarriza D., Klingner S., O'Brien S. Premenstrual syndromes: Diagnosis and intervention. *The Nurse Practitioner*. 1998;23:40-58.

Marketing SOCIAL (8750)

Definição: Uso dos princípios do *marketing* para influenciar crenças, atitudes e comportamentos de saúde em benefício de uma população-alvo.

Atividades:

Manter o foco na audiência-alvo em todas as atividades.

Cultivar parcerias com a audiência-alvo e os profissionais corretos.

Identificar a meta geral a ser alcançada em colaboração com a audiência-alvo.

Identificar os principais grupos formais, sociais e governamentais envolvidos.

Fazer um levantamento de necessidades do ambiente identificando os desejos da audiência-alvo.

Fazer um levantamento de dados da organização ou do grupo.

Identificar pesquisas quantitativas e qualitativas adequadas para oferecer informações, apoio e indicadores de sucesso.

Elaborar um plano de ação baseado em metas de concordância mútua.

Cultivar a base voluntária da mudança social planejada.

Identificar o produto (mudança de comportamento), o preço (ações do consumidor) e o local (como o produto alcança o consumidor).

Levar em conta os recursos financeiros necessários e disponíveis.

Identificar atividades específicas para cada meta, inclusive o nome dos participantes adequados.

Implementar o plano junto da população-alvo.

Controlar o plano através de monitoração das tarefas designadas.

Providenciar os relatórios apropriados de tempos em tempos.

Avaliar o plano em relação ao alcance das metas, levando em conta a sustentabilidade e a possibilidade de custeio.

Mudar o plano, se necessário.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Brown K.M., Bryant C., Forthofer M., Perrin K., Quinn G, Wolper M., Lindenberger J. Florida cares for women: Social marketing campaign a case study.

American Journal of Health Behavior. 2000;24(1):44-52.

Grier S., Bryant C. Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health*. 2005;26:319-339.

Kotler P., Roberto E. Social marketing: Strategies for changing public behavior. New York: The Free Press, 1989.

Pirani S., Reizes R. The turning point social marketing national excellent collaborative: Integrating social marketing into routine public health practice. *Journal of Public Health Management Practice*. 2005;11(2):131-138.

Smith W. Social marketing: An evolving definition. *American Journal of Health Behavior*. 2002;24(1):11-17.

Szydlowski S., Chattopadhyay S., Babela R. Social marketing as a tool to improve behavioral health services for underserved populations in transition. *The Health Care Manager*. 2005;24(1):12-20.

Melhora da SOCIALIZAÇÃO (5100)

Definição: Facilitação da capacidade de outra pessoa para interagir com os outros.

Atividades:

Encorajar melhoria do envolvimento em relações já criadas.

Encorajar a paciência no desenvolvimento de relações.

Promover relações com pessoas com interesses e metas comuns.

Encorajar atividades sociais e comunitárias.

Promover o compartilhamento de problemas comuns com os outros.

Encorajar a honestidade ao apresentar-se aos outros.

Promover o envolvimento em interesses completamente novos.

Encorajar o respeito aos direitos dos outros.

Facilitar o uso de auxiliares para deficiências sensoriais, como óculos e aparelhos auditivos.

Encorajar a participação em atividades de lembranças em grupo e/ou individuais.

Facilitar a participação do paciente em grupos que contem histórias.

Encaminhar o paciente para grupo ou programa de habilidades interpessoais em que a compreensão das transações possa ser aumentada, conforme apropriado.

Possibilitar testes dos limites interpessoais.

Oferecer *feedback* sobre melhoras no cuidado da aparência pessoal ou outras atividades.

Ajudar o paciente a aumentar a percepção dos pontos fortes e das limitações ao comunicar-se com os outros.

Usar o desempenho de papéis para praticar habilidades e técnicas para melhorar a comunicação.

Oferecer modelos de papéis que expressem a raiva com adequação.

Confrontar a respeito de julgamento prejudicado, quando adequado.

Solicitar e esperar a comunicação verbal.

Dar *feedback* positivo quando o paciente procurar os outros.

Encorajar o paciente a mudar de ambiente, como sair para caminhar ou ir ao cinema.

Facilitar o *input* do paciente e o planejamento de atividades futuras.

Encorajar o planejamento em pequenos grupos de atividades especiais.

Investigar elementos positivos e elementos negativos da atual rede de relacionamentos.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Frisch N. Group therapy. In: Frisch N., Frisch L., editors. *Psychiatric mental health nursing*. Albany, NY: Delmar; 2006:756-769.

Hawkins J., Kosterman R., Catalano R., Hill K., Abbott R. Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2005;159:25-32.

Kopelowicz A., Liberman R. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatric Services*. 2003;54(11):1491-1498.

Resnick B., Fleishell A. Developing a restorative care program. *American Journal of Nursing*. 2002;102(7):91-95.

Swanson E., Drury J. Sensory/perceptual alterations. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., Tripp-Reimer T., Titler M., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:476-491.

Vancarolis E. Mood disorders/depression. In: Vancarolis E., Carson V., Shoemaker N., editors. *Foundations of psychiatric/mental health nursing: A clinical approach*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2006:326-358.

Waterman J., Blegen M., Clinton P., Specht J. Social isolation. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., Tripp-Reimer T., Titler M., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, and interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:651-663.

Weiss S. Children. In: Kneisl C., Wilson H., Trigoboff E., editors. *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:589-614.

Terapia SÓCIOAMBIENTAL (4390)

Definição: Uso de pessoas, recursos e eventos do ambiente do paciente para promover um adequado funcionamento psicossocial.

Atividades:

Determinar os fatores no ambiente que contribuam para o comportamento do paciente.

Analisar as necessidades das outras pessoas, além das necessidades de cada indivíduo.

Disponibilizar os recursos necessários para o autocuidado.

Intensificar a normalização do ambiente por meio do uso de relógios, calendários, quadros, mobiliário e outros recursos.

Facilitar a comunicação franca entre paciente, enfermeiros e outros profissionais.

Incluir o paciente nas decisões sobre o seu próprio cuidado.

Registrar por escrito as expectativas e acordos comportamentais para servir de referência ao paciente e outras pessoas, conforme apropriado.

Oferecer cuidados individualizados de enfermagem, conforme apropriado.

Apoiar as atividades formais e informais de grupo para promover o compartilhamento, a cooperação, o comprometimento e a liderança.

Examinar as próprias atitudes em relação a questões sobre direitos do paciente, autodeterminação, e controle social.

Assegurar a presença e a supervisão de funcionários.

Minimizar as restrições que diminuem a privacidade ou o autocontrole (autonomia).

Encorajar o uso dos pertences pessoais.

Minimizar o máximo possível o uso de portas trancadas, medicamentos e regulamentos rígidos quanto à atividade ou objetos pessoais.

Providenciar um telefone em espaço privativo.

Proporcionar áreas mobiliadas de forma agradável para conversas privadas com outros pacientes, familiares e amigos.

Oferecer livros, revistas e materiais artísticos e artesanais, conforme as necessidades educativas, culturais e educacionais do paciente.

Monitorar o comportamento individual que possa ser capaz de ruptura ou que seja prejudicial ao bem-estar geral dos outros.

Limitar a quantidade de pacientes com doenças psiquiátricas não medicadas, por meio de admissões controladas e períodos de tempo variados de tentativas sem medicação, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Boyd M.A. Psychiatric-mental health nursing interventions. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:218-232.

Love C.C., Buckwalter K. Reactive depression. In: Maas M., Buckwalter K., Hardy M., editors. *Nursing diagnoses and interventions for the elderly*. Redwood City, CA: Addison-Wesley; 1991:419-432.

Wilson H.S., Kneisl C.R. *Psychiatric nursing*, 4th ed. Redwood City, CA: Addison-Wesley, 1992.

Primeiros SOCORROS (6240)

Definição: Oferecimento de cuidados iniciais em lesão de menor gravidade.

Atividades:

Controlar sangramento.

Imobilizar a parte do corpo afetada, conforme apropriado.

Elevar a parte do corpo afetada.

Aplicar uma tipoia, se apropriado.

Cobrir partes do corpo lesadas ou com osso exposto.

Aplicar gelo à parte do corpo afetada, conforme apropriado.

Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.

Resfriar a pele com água em queimaduras menores.

Lavar abundantemente com água os tecidos expostos a irritante químico.

Retirar o ferrão de picada de inseto, conforme apropriado.

Retirar espinho da pele, conforme apropriado.

Limpar e remover secreções da área em torno de mordida de cobra não venenosa.

Cobrir com cobertor conforme apropriado.

Administrar antitetânica, conforme apropriado.

Orientar a buscar auxílio médico, conforme apropriado.

Coordenar o transporte de emergência se necessário.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Arnold R.E. What to do about bites and stings from venomous animals. New York: Macmillan, 1973.

Bizjak G., Elling B., Gaul E.S., Linn D. Emergency care, 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1994.

Judd R.L. The first responder: The critical first minutes. St. Louis, MO: Mosby, 1982.

Phillips C. Basic life support skills manual: For EMT-As and first responders. Bowie, MD: Brady, 1986.

Sorensen K., Luckmann J. Basic nursing: A psychophysiologic approach, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1986.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Emergency nursing. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:2147-2182.

Cuidados com SONDAS: gastrointestinal (1874)

Definição: Conduta com paciente com sonda gastrointestinal.

Atividades:

Monitorar a colocação correta da sonda conforme o protocolo da instituição.

Confirmar a colocação com radiografia, conforme o protocolo da instituição.

Conectar a sonda à sucção se indicado.

Prender a sonda à parte do corpo adequada, levando em conta o conforto e a integridade da pele do paciente.

Irrigar a sonda de acordo com o protocolo da agência.

Monitorar sensações de saciedade, náusea e vômito.

Monitorar os sons intestinais.

Monitorar a ocorrência de diarreia.

Monitorar a condição de líquidos e eletrólitos.

Monitorar a quantidade, a cor e a consistência da eliminação nasogástrica.

Substituir a quantidade de eliminação gastrointestinal com a solução IV adequada, conforme a prescrição.

Oferecer cuidados ao nariz e à boca três a quatro vezes ao dia, ou sempre que necessário.

Dar balas mais duras ou goma de mascar para umedecer a boca, conforme apropriado.

Iniciar e monitorar o que é oferecido nas alimentações por sonda enteral, conforme o protocolo da instituição.

Ensinar o paciente e a família a cuidar da sonda, quando indicado.

Oferecer cuidados à pele em torno do local de inserção da sonda.

Retirar a sonda quando indicado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Bowers S. Tubes: A nurses' guide to enteral feeding devices. *MedSurg Nursing*. 1996;5(5):313-326.

Craven R.F., Hirnle C.J. Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:941-981.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. Mosby's clinical nursing, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Cuidados com SONDAS: urinário (1876)

Definição: Conduta com paciente com equipamento de drenagem urinária.

Atividades:

Manter um sistema fechado de drenagem urinária.

Manter a desobstrução do sistema do cateter urinário.

Irigar o sistema do cateter urinário com técnica estéril, conforme apropriado.

Higienizar a área de pele ao redor a intervalos regulares.

Trocar o cateter urinário a intervalos regulares.

Trocar o aparelho de drenagem urinária a intervalos regulares.

Limpar externamente o cateter urinário na região do meato.

Registrar as características da drenagem urinária.

Colocar grampo em cateter suprapúbico, ou cateter de retenção, conforme ordem médica.

Posicionar o paciente e o sistema de drenagem urinária de modo a promover a drenagem da urina.

Esvaziar o aparelho de drenagem urinária a intervalos específicos.

Desconectar a bolsa da perna à noite e conectar à bolsa de drenagem junto à cama.

Checar as tiras da bolsa da perna quanto à compressão a intervalos regulares.

Manter cuidados meticulosos da pele em pacientes com bolsa na perna.

Higienizar o equipamento de drenagem urinária conforme o protocolo da instituição.

Conseguir amostra de urina através do orifício do sistema fechado de drenagem urinário.

Monitorar a ocorrência de distensão da bexiga.

Remover o cateter, assim que possível.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1255-1290.

Matthews S.D., Courts N.F. Orthotopic neobladder surgery: Nursing care promotes independence in patient with bladder cancer. *American Journal of Nursing*. 2001;101(7):24AA, 24CC, 24EE

Cuidados com SONDAS/DRENOS (1870)

Definição: Conduta com o paciente com dispositivo externo de drenagem que sai do corpo.

Atividades:

Manter a desobstrução da sonda, conforme apropriado.

Manter o recipiente da drenagem no nível correto.

Providenciar uma sonda suficientemente comprida para dar liberdade de movimentos, conforme apropriado.

Prender a sonda, conforme apropriado, para evitar pressão e remoção acidental.

Monitorar a desobstrução do cateter atento a qualquer dificuldade na drenagem.

Monitorar a cor, a quantidade e a consistência da drenagem que sai da sonda.

Esvaziar o dispositivo de coleta conforme apropriado.

Garantir a colocação correta da sonda.

Assegurar o funcionamento da sonda de equipamento associado.

Conectar a sonda à sucção, conforme apropriado.

Irrigar a sonda conforme apropriado.

Trocar a sonda rotineiramente, conforme indicação do protocolo da instituição.

Examinar a área ao redor do local de inserção da sonda quanto a áreas avermelhadas e degradação da pele, conforme apropriado.

Administrar cuidados à pele no local de inserção da sonda, conforme apropriado.

Auxiliar o paciente a firmar a(s) sonda(s) e/ou dispositivos de drenagem ao andar, sentar e colocar-se de pé, conforme apropriado.

Estimular períodos de maior atividade, conforme apropriado.

Monitorar a resposta do paciente e dos familiares à presença de dispositivos externos de drenagem.

Colocar grampo na sonda, se adequado, para facilitar a deambulação.

Ensinar ao paciente e à família a finalidade da sonda e os cuidados adequados.

Oferecer apoio emocional para lidar com uso de sondas e/ou dispositivos externos de drenagem por muito tempo, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Ahrens T.S. Pulmonary data acquisition. In: Kinney M.R., Packa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:689-700.

Craven R.F., Hirnle C.J. Nutrition. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:941-981.

Johanson B.C., Wells S.J., Hoffmeister D., Dungca C.U. Standards for critical care. St. Louis, MO: Mosby, 1988;67-73.

Nelson D.M. Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):301-324. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Suddarth D. The Lippincott manual of nursing practice, 5th ed., Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991:196-198.

Melhora do SONO (1850)

Definição: Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.

Atividades:

Determinar o padrão de sono/vigília do paciente.

Aproximar o ciclo regular de sono/vigília do paciente no planejamento dos cuidados.

Explicar a importância do sono adequado durante a gravidez, a doença, estresses psicossociais etc.

Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão do sono.

Monitorar/registrar o padrão de sono e o número de horas de sono do paciente.

Monitorar o padrão de sono do paciente e observar circunstâncias físicas (p. ex., apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto e frequência urinária) e/ou psicológicas (p. ex., medo ou ansiedade) que interrompam o sono.

Orientar o paciente para monitorar os padrões de sono.

Monitorar a participação em atividades que produzam fadiga durante o período acordado para evitar cansaço excessivo.

Adaptar o ambiente (p. ex., iluminação, ruído, temperatura, colchão e cama) para promover o sono.

Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina para a hora de dormir para facilitar a transição da vigília para o sono.

Facilitar a manutenção das rotinas usuais do paciente na hora de dormir, indicadores/promotores do sono e objetos familiares (p. ex., para crianças, um cobertor/brinquedo preferido, embalar a criança, usar a chupeta, ouvir histórias; para adultos, livro para ler etc.), conforme apropriado.

Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir.

Monitorar a ingestão de alimentos e as bebidas na hora de dormir em busca de itens que facilitem o sono ou interfiram

nele.

Orientar o paciente a evitar alimentos e bebidas na hora de dormir que interfiram no sono.

Ajudar o paciente a limitar o sono durante o dia, proporcionando atividades que promovam o estado acordado, conforme apropriado.

Orientar o paciente a fazer relaxamento muscular autógeno ou outras formas não farmacológicas de indução do sono.

Iniciar/implementar medidas de conforto, como massagem, posicionamento e toque afetivo.

Promover um aumento no número de horas de sono, quando necessário.

Proporcionar sonecas durante o dia, quando indicadas, para atender às necessidades de dormir.

Agrupar as atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de despertar; possibilitar ciclos de sono de, no mínimo, 90 minutos.

Ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono/vigília do paciente.

Orientar o paciente e pessoas significativas sobre fatores (p. ex., fisiológicos, psicológicos, do estilo de vida, mudanças frequentes no turno do trabalho, mudanças rápidas de fuso horário, horas de trabalho muito longas e outros fatores ambientais) que contribuam para distúrbios no padrão do sono.

Identificar os medicamentos para dormir que o paciente está tomando.

Estimular o uso de medicamentos para dormir que não contenham supressor(es) do sono REM.

Regular os estímulos ambientais para manter ciclos normais de dia-noite.

Conversar com o paciente e a família sobre técnicas que melhorem o sono.

Oferecer folhetos com informações sobre técnicas para melhorar o sono.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Sleep and rest. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1143-1163.

Glick O.J. Interventions related to activity and movement. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):541-554. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Guyton A. Textbook of medical physiology, 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991.

Institute of Medicine. Sleep disorders and sleep deprivation. Washington, D C: National Academies Press, 2006.

McFarland G.K., McFarlane E.A. Nursing diagnosis and intervention, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Prinz P.N., Vitiello M.V., Raskind M.A., Thorpy M.J. Geriatrics: Sleep disorders and aging. *New England Journal of Medicine*. 1990;322(8):520-526.

Treatment of sleep disorders of older people. *National Institutes of Health Consensus Development Conference*. 1990;8(3):1-22.

SUCÇÃO Não Nutritiva (6900)

Definição: Oferecimento de oportunidades de sucção ao bebê.

Atividades:

Selecionar uma chupeta macia, ou substituto da chupeta, que atenda aos padrões, evitando obstrução de vias aéreas.

Usar uma chupeta que seja limpa e esterilizada diariamente, que pertença a apenas um paciente e que não tenha contato com áreas contaminadas.

Colocar sobre a língua do bebê a maior chupeta macia que ele puder tolerar.

Posicionar o bebê, permitindo que a língua atinja o assoalho da boca.

Posicionar os dedos polegar e indicador debaixo da mandíbula do bebê, de modo a apoiar o reflexo de sucção, se necessário.

Movimentar de forma rítmica a língua do bebê, usando a chupeta, estimulando a sucção.

Massagear suavemente as bochechas do bebê, estimulando o reflexo de sucção.

Oferecer a chupeta, estimulando a sucção, durante a alimentação por sonda e durante cinco minutos após esse tipo de alimentação.

Oferecer a chupeta para estimular a sucção, no mínimo a cada quatro horas, para bebês que recebem hiperalimentação prolongada.

Usar a chupeta após as refeições caso o bebê demonstre necessidade contínua de sugar.

Embalar e segurar o bebê enquanto suga a chupeta, quando possível.

Providenciar música suave e adequada.

Posicionar o bebê de modo a evitar a perda da chupeta.

Informar os pais sobre a importância de satisfazer as necessidades de sucção do bebê.

Encorajar a mãe que amamenta a permitir a sucção não nutritiva do seio, após alimentar o bebê.

Informar os pais sobre alternativas à sucção do mamilo (p. ex., polegar, dedo do pai/mãe, chupeta).

Orientar os pais sobre o uso da sucção não nutritiva.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Hill A.S., Kurkowski T.B., Garcia J. Oral support measures used in feeding the preterm infant. *Nursing Research*. 2000;49(1):2-9.

Pickler R.H. Nonnutritive sucking. In: Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:139-150.

Standley J.M. The effect of contingent music to increase nonnutritive sucking of premature infants. *Pediatric Nursing*. 2000;26(5):493-499.

Prevenção do SUICÍDIO (6340)

Definição: Redução do risco de dano autoinduzido com intenção de dar fim à vida.

Atividades:

Determinar presença e grau do risco de suicídio.

Determinar se o paciente tem meios disponíveis para levar adiante o plano do suicídio.

Considerar a hospitalização do paciente com grave risco de comportamento suicida.

Tratar e controlar doenças ou sintomas psiquiátricos que possam colocar o paciente em risco de suicídio (p. ex., transtorno do humor, alucinações, ideias delirantes, pânico, abuso de substância, luto, transtorno de personalidade, prejuízo orgânico, crise).

Administrar medicamentos para reduzir ansiedade, agitação ou psicose e estabilizar o humor, conforme apropriado.

Defender a qualidade de vida e questões de controle da dor.

Checar a boca do paciente após administrar medicamento para garantir que ele não o „escondeu na bochecha” para tentativa posterior de *overdose*.

Oferecer quantidades pequenas dos medicamentos prescritos que possam ser letais àqueles com risco, reduzindo assim a oportunidade de suicídio, conforme apropriado.

Monitorar a ocorrência de efeitos secundários e resultados desejados dos medicamentos.

Envolver o paciente no planejamento do próprio tratamento, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre estratégias de enfrentamento (p. ex., treinamento da assertividade, controle de impulsos e relaxamento muscular progressivo), conforme apropriado.

Fazer um contrato (verbal ou escrito) com o paciente de „não causar dano a si mesmo” por determinado período de tempo, renovando-o a intervalos específicos, conforme apropriado.

Implementar as ações necessárias para reduzir o sofrimento individual imediato ao negociar contrato de ausência de dano pessoal ou em prol da segurança.

Identificar necessidades imediatas de segurança ao negociar o contrato de não ocorrência de autolesão ou contrato de segurança.

Ajudar o indivíduo a discutir seus sentimentos sobre o contrato.

Observar o indivíduo quanto ao aparecimento de sinais de incoerência capazes de indicar falta de compromisso de atender ao contrato.

Agir para prevenir que o indivíduo lesione a si mesmo ou tire a própria vida, quando o contrato for contra danos a si mesmo ou em prol da segurança (p. ex., maior observação, retirada de objetos que possam ser usados para causar autolesão).

Interagir com o paciente a intervalos regulares para transmitir cuidados e franqueza e oportunizar a conversa sobre os sentimentos.

Usar uma abordagem direta e sem julgamentos ao discutir o suicídio.

Encorajar o paciente a buscar provedores de cuidado para conversar sobre a urgência para que ocorra a autolesão.

Evitar repetir discussão de história anterior de suicídio, mantendo as conversas voltadas ao presente ou ao futuro.

Discutir planos para lidar com ideias suicidas no futuro (p. ex., fatores precipitadores, quem está em contato, onde ir em busca de ajuda, formas de minorar sentimentos de autolesão).

Ajudar o paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de suporte (p. ex., religioso, família, provedores de cuidado).

Iniciar precauções contra suicídio (p. ex., observação e monitoramento contínuos do paciente, oferecimento de um ambiente protetor) a paciente com risco grave de suicídio

Colocar o paciente no ambiente menos restritivo possível que permita um nível necessário de observação.

Continuar o levantamento regular de dados de risco de suicídio (pelo menos, diariamente) para fazer ajustes adequados nas precauções contra o suicídio.

Consultar a equipe de tratamento antes de modificar as precauções contra suicídio.

Fazer buscas no paciente recém-hospitalizado e em seus pertences, para encontrar armas/armas potenciais durante o procedimento de baixa hospitalar/internação, conforme apropriado.

Fazer buscas no ambiente e retirar objetos perigosos, deixando-o livre de perigos.

Limitar o acesso à janela, a menos que trancada e à prova de arrombamento, conforme apropriado.

Limitar o uso pelo paciente de armas potenciais (p. ex., objetos cortantes e semelhantes a cordas).

Monitorar o paciente durante uso de armas potenciais (p. ex., barbeador).

Usar intervenções de proteção (p. ex., restrições de área, reclusão, contenção física) se o paciente não tiver contido para evitar autolesão se necessário.

Comunicar as questões de risco e de segurança relevantes a outros provedores de cuidados.

Designar o paciente hospitalizado a quarto localizado perto do posto de enfermagem para facilitar a observação, conforme apropriado.

Aumentar a vigilância de pacientes hospitalizados em momentos com número menor de funcionários (p. ex., reuniões, passagem de turno/relatório, horário de refeições, noites, finais de semana, momentos caóticos na unidade de enfermagem).

Levar em conta estratégias para reduzir o isolamento e oportunidades de agir com base em pensamentos lesivos (p. ex., uso de cuidador especial).

Observar, registrar e informar qualquer mudança no humor ou no comportamento capaz de significar aumento do risco de suicídio e documentar os resultados de checagens regulares de supervisão.

Explicar as precauções contra suicídio e assuntos de segurança relevantes ao paciente/família/pessoas significativas (p. ex., finalidade, duração, expectativas de comportamento e consequências no comportamento).

Facilitar o apoio da família e dos amigos ao paciente.

Envolver a família no plano de alta (p. ex., ensino sobre a doença/medicação, reconhecimento de aumento do risco de suicídio, plano do paciente para lidar com ideias de autolesão, recursos da comunidade).

Encaminhar o paciente a provedor de cuidados de saúde mental (p. ex., psiquiatra ou enfermeiro de prática avançada em psiquiatria/saúde mental) para avaliação e tratamento de ideias e comportamentos suicidas se necessário.

Dar informações sobre recursos disponíveis e programas da comunicada e fora dela.

Melhorar o acesso a serviços de saúde mental.

Aumentar a conscientização pública de que suicídio é um problema de saúde capaz de ser prevenido.

Leituras Sugeridas:

- Conwell Y. Management of suicidal behavior in the elderly. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997;20(3):667-683.
- Drew B.L. Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001;15(3):99-106.
- Hirschfeld R.M.A., Russel J.M. Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine*. 1997;337(13):910-915.
- Potter M.L., Dawson A.M. From safety contract to safety agreement. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2001;39(8):38-45.
- Schultz J.M., Videbeck S.D. Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1998.
- Stuart G.W. Self-protective responses and suicidal behavior. In: Stuart G.W., Laraia M.T., editors. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2005:364-385.
- Valente S.M., Trainor D. Rational suicide among patients who are terminally ill. *Official Journal of the Association of Operating Room Nurses*. 1998;68(2):252-255. 257-258, 260-264

Controle de SUPRIMENTOS (7840)

Definição: Garantia de aquisição e manutenção de itens apropriados para o oferecimento de cuidados ao paciente.

Atividades:

- Identificar os itens de uso comum nos cuidados do paciente.
 - Determinar o nível necessário de cada item em estoque.
 - Acrescentar novos itens à lista inventariada, conforme apropriado.
 - Checar os itens quanto a prazos de validade, a intervalos específicos.
 - Examinar a integridade das embalagens esterilizadas.
 - Garantir que a área de suprimentos seja limpa com regularidade.
 - Evitar empilhar objetos caros.
 - Solicitar a compra de equipamento novo ou substituto, se necessário.
 - Garantir que as exigências de manutenção relativas a equipamento especial sejam atendidas.
 - Solicitar materiais educativos para os pacientes, conforme apropriado.
 - Solicitar itens especiais para o paciente, conforme apropriado.
 - Cobrar do paciente certos itens, conforme apropriado.
 - Marcar, identificando, equipamento da unidade/instituição, conforme apropriado.
 - Revisar o orçamento para suprimentos, conforme apropriado.
- Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

- Keller R.A. Buying smart ... purchasing equipment and supplies. *Emergency*. 1992;24(1):78-80.
- Rowland H.S., Rowland B.L. *Nursing administration handbook*, 4th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1997.

SUPERVISÃO (6650)

Definição: Aquisição, interpretação e síntese contínuas e com uma finalidade de dados do paciente para a tomada de decisão clínica.

Atividades:

Determinar risco(s) à saúde do paciente, conforme apropriado.

Obter informações sobre comportamento e rotinas normais.

Perguntar ao paciente sobre sua percepção da condição de saúde.

Escolher índices adequados do paciente para monitoramento contínuo com base na condição do paciente.

Perguntar ao paciente sobre sinais, sintomas ou problemas recentes.

Estabelecer a frequência da coleta e interpretação dos dados conforme indicado pelo estado do paciente.

Facilitar a aquisição dos exames diagnósticos, conforme apropriado.

Interpretar os resultados dos exames diagnósticos, conforme apropriado.

Recuperar e interpretar dados laboratoriais; fazer contato com o médico, conforme apropriado.

Explicar os resultados do exame diagnóstico ao paciente e à família.

Monitorar a capacidade do paciente para realizar as atividades de autocuidado.

Monitorar o estado neurológico.

Monitorar padrões de comportamento.

Monitorar o estado emocional.

Monitorar os sinais vitais, conforme apropriado.

Colaborar com o médico para instituir monitoração hemodinâmica invasiva, conforme apropriado.

Colaborar com o médico para instituir monitoramento PIC, conforme apropriado.

Monitorar o nível de conforto e agir de forma adequada.

Monitorar as estratégias de enfrentamento usadas pelo paciente e a família.

Monitorar as mudanças nos padrões do sono.

Monitorar a oxigenação e iniciar as medidas de promoção da oxigenação adequada de órgãos vitais.

Instituir vigilância de rotina da pele em paciente de alto risco.

Monitorar aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio hídrico e eletrolítico.

Monitorar a perfusão tissular, conforme apropriado.

Monitorar ocorrência de infecção, conforme apropriado.

Monitorar o estado nutricional, conforme apropriado.

Monitorar a função gastrointestinal, conforme apropriado.

Monitorar os padrões de eliminação, conforme apropriado.

Monitorar tendências a sangramento em paciente de alto risco.

Registrar tipo e quantidade de drenagem de sondas e orifícios e avisar o médico sobre mudanças importantes.

Consertar equipamento e sistemas para melhorar a aquisição de dados confiáveis do paciente.

Comparar o estado atual com o anterior para detectar melhoras e pioras na condição do paciente.

Instituir e/ou mudar o tratamento médico para manter os parâmetros do paciente nos limites ordenados pelo médico, usando os protocolos estabelecidos.

Facilitar a aquisição de serviços interdisciplinares (p. ex., serviços religiosos ou de audiologia), conforme apropriado.

Conseguir uma consulta com o médico, quando os dados do paciente indicarem uma mudança necessária na terapia médica.

Instituir o tratamento adequado, usando protocolos válidos.

Priorizar ações com base na condição do paciente.

Analisar as ordens médicas com a condição do paciente para garantir a confiança dele.

Conseguir consulta com profissional de saúde adequado para iniciar um tratamento novo ou modificar os tratamentos existentes.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Dougherty C.M. Surveillance. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:500-511.

Fitler M.G. Interventions related to surveillance. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):495-517. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

SUPERVISÃO: comunidade (6652)

Definição: Aquisição, interpretação e síntese proposital e contínua de dados para a tomada de decisão na comunidade.

Atividades:

Identificar a finalidade, os procedimentos e os mecanismos de relato referentes a sistemas de relatório de dados de saúde necessários e voluntários.

Coletar dados relativos a eventos de saúde, como doenças e lesões, a serem informados.

Estabelecer a frequência da coleta e análise dos dados.

Informar os dados, usando mecanismos padronizados de relato.

Colaborar com outras instituições na coleta, análise e relatório dos dados.

Acompanhar os relatórios em instituições adequadas, garantindo a exatidão e a utilidade das informações.

Orientar pacientes, famílias e instituições quanto à importância de acompanhar tratamento de doença contagiosa.

Participar do desenvolvimento de programas (p. ex., ensino, criação de políticas, *lobby*) se associados a coleta e relatório de dados da comunidade.

Usar os relatórios para o reconhecimento da necessidade de coleta, análise e interpretação de mais dados.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Block A.B., Onorato I.M., Ihle W.W., Hadler J.L., Hayden C.H., Snider D.E. The need for epidemic intelligence. *Public Health Reports*. 1996;111(1):26-33.

Clemen-Stone S., McGuire S., Eigisti D. Comprehensive community health nursing: Family, aggregate, and community practice. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

Harkness G. Epidemiology in nursing practice. St. Louis, MO: Mosby, 1995.

U.S. Department of Health & Human Services. Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC: U.S. Government Printing Service, 1991.

U.S. Department of Health & Human Services. Healthy people 2000: Midcourse review and 1995 revisions. Washington, DC: U.S. Government Printing Service, 1995.

Valanis B. Epidemiology in nursing and health care, 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.

SUPERVISÃO: eletrônica remota (6658)

Definição: Aquisição proposital e contínua de dados do paciente por meio de modalidades eletrônicas (telefone, vídeo, conferência, *e-mail*) de locais distantes, além da interpretação e síntese desses dados para a tomada de decisão clínica com indivíduos ou populações.

Atividades:

Determinar que você está interagindo com o paciente, ou, se outra pessoa, que você tenha permissão do paciente para interagir com ela.

Identificar-se pelo nome, credenciais, empresa; deixe quem fez contato saber que a chamada está sendo gravada (p. ex., para monitoramento qualificado).

Informar o paciente sobre o processo de interação e conseguir o consentimento.

Determinar risco(s) à saúde do paciente, conforme apropriado.

Obter informações sobre comportamentos e rotinas usuais do paciente.

Estabelecer a frequência da coleta e interpretação dos dados, conforme indicado pela condição do paciente.

Monitorar dados que chegam quanto à validade e confiabilidade.

Interpretar os resultados dos indicadores diagnósticos, como sinais vitais, dados da glicose, EKGs.

Colaborar/consultar os recursos médicos se necessário.

Explicar os resultados dos exames e as intervenções ao paciente e familiares.

Monitorar o nível de conforto e agir adequadamente.

Monitorar as estratégias de enfrentamento e as ações usadas pelo paciente e familiares.

Iniciar a vigilância da pele em paciente de alto risco, quando usado monitoramento com vídeo de alta resolução.

Monitorar a ocorrência de problemas potenciais com base na condição atual (*i.e.*, infecção, equilíbrio hídrico e eletrolítico, perfusão tissular, nutrição e eliminação).

Descobrir o problema de todos os equipamentos e sistemas para melhorar a aquisição de dados confiáveis do paciente.

Coordenar a colocação/reposição/montagem do equipamento/suprimentos.

Comparar o estado atual com anteriores para a detecção de melhoras e/ou piora da condição do paciente.

Instituir e/ou mudar o tratamento médico para manter parâmetros do paciente nos limites ordenados pelo médico, usando as diretrizes estabelecidas.

Facilitar a aquisição de serviços interdisciplinares (p. ex., religiosos), conforme apropriado.

Priorizar ações baseadas na condição do paciente.

Analisar as ordens médicas com a condição do paciente para garantir sua segurança.

Conseguir consulta com profissional adequado de saúde para iniciar um novo tratamento ou mudar os existentes.

Defender o bem-estar do paciente se necessário.

Manter o sigilo, tendo em mente as ameaças específicas a isso, implícitas na modalidade eletrônica em uso.

Determinar a necessidade e estabelecer intervalos de tempo para mais investigações intermitentes.

Documentar as investigações, os conselhos, as orientações, ou outras informações dadas ao paciente, conforme diretrizes específicas.

Determinar como o paciente ou familiar pode ser alcançado para futura vigilância, conforme apropriado.

Documentar a permissão de retornar o telefonema e identificar a(s) pessoa(s) que pode(m) receber a chamada.

Identificar ou agregar dados que tenham implicações com programas ou populações.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

American Academy of Ambulatory Care Nursing & American Nurses Association. Nursing in ambulatory care: The future is here. Washington, DC: American Nurses Publishing, 1997.

American Academy of Ambulatory Nursing. Telephone nursing practice administration and practice standards. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1997.

Wheeler S.Q., Windt J.H., editors. Telephone triage: Theory, practice, and protocol development. Albany, NY: Delmar, 1993.

SUPERVISÃO: gravidez tardia (6656)

Definição: Aquisição, interpretação e síntese proposital e contínua de dados materno-infantis para tratamento, observação ou baixa hospitalar.

Atividades:

Revisar o histórico obstétrico, se existir.

Determinar risco(s) materno-fetal com a entrevista com a cliente.

Estabelecer a idade gestacional revisando o histórico, ou calculando a data provável de parto (dpp-data provável de parto) a partir do último ciclo menstrual.

Monitorar os sinais vitais maternos.

Monitorar o comportamento da mulher e da pessoa de apoio.

Implementar o monitoramento fetal eletrônico.

Perguntar sobre a presença e a qualidade dos movimentos fetais.

Monitorar a ocorrência de sinais de trabalho de parto prematuro (p. ex., < quatro contrações por hora, dor nas costas, câibras, aparecimento e pressão pélvica a partir de 20 a 37 semanas de gestação), conforme apropriado.

Monitorar aparecimento de sinais de hipertensão induzida pela gravidez (p. ex., hipertensão, dor de cabeça, visão embaçada, náusea, vômito, alterações visuais, hiperreflexia, edema e proteinúria), conforme apropriado.

Monitorar os padrões de eliminação, conforme apropriado.

Monitorar aparecimento de sinais de infecção do trato urinário, conforme apropriado.

Facilitar a aquisição de exames diagnósticos, conforme apropriado.

Interpretar resultados dos exames diagnósticos, conforme apropriado.

Recuperar e interpretar dados laboratoriais; fazer contato com o médico, conforme apropriado.

Explicar ao paciente e aos familiares os resultados dos exames diagnósticos.

Iniciar intervenções para a terapia IV, reanimação com líquidos e administração de medicamentos, se prescrito.

Monitorar o nível de conforto e agir de forma adequada.

Monitorar o estado nutricional, conforme apropriado.

Monitorar as mudanças nos padrões do sono, conforme apropriado.

Obter o histórico de doenças sexualmente transmitidas e a frequência das relações sexuais, conforme apropriado.

Monitorar a atividade uterina (p. ex., frequência, duração e intensidade das contrações).

Fazer a manobra de Leopold para determinar a posição do feto.

Anotar tipo, quantidade e início de corrimento vaginal.

Fazer exame com o espéculo para diagnóstico de ruptura espontânea das membranas amnióticas, a menos que haja evidências de sangramento franco.

Testar o líquido amniótico (p. ex., nitrazina, muco cervical em forma de samambaia e acúmulo), conforme apropriado.

Obter culturas cervicais, conforme apropriado (p. ex., histórico de infecção com beta-estreptococo, herpes, ou rompimento prolongado de membranas).

Examinar a cérvix quanto a dilatação, apagamento, amaciamento, posição e estação.

Fazer ultrassom para determinar a apresentação fetal ou a posição da placenta, conforme apropriado

Instituir o tratamento adequado, usando protocolos vigentes.

Priorizar as ações, com base na condição do paciente (p. ex., tratar, continuar a observar, baixar ou dar alta).

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Angelini D.J., Zannieri C.L., Silva V.B., Fein E., Ward P.J. Toward a concept of triage for labor and delivery: Staff perceptions and role utilization. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 1990;4(3):1-11.

Eganhouse D.J. A comparative study of variables differentiating false labor from early labor. *Journal of Perinatology*. 1991;11(3):249-257.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

SUPERVISÃO: segurança (6654)

Definição: Coleta e análise proposital e contínua de informações sobre o paciente e o ambiente para uso na promoção e manutenção da segurança do paciente.

Atividades:

Monitorar o paciente quanto a alterações no funcionamento físico ou cognitivo que podem levar a um comportamento inseguro.

Monitorar o ambiente quanto a riscos potenciais à segurança.

Determinar o grau de vigilância necessário ao paciente com base no nível de funcionamento e nos riscos ambientais.

Proporcionar nível adequado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente e possibilitar ações terapêuticas.

Colocar o paciente em ambiente o menos restritivo que permita um nível necessário de observação.

Iniciar e manter o estado de precaução para paciente com risco de perigos específicos ao local de atendimento.

Comunicar as informações sobre o risco do paciente a outros enfermeiros.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Dougherty C.M. Surveillance. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:500-511.

Kanak M.F. Interventions related to safety. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):371-396. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Nightingale F. Notes on nursing: What it is and what it is not. New York: Dover Publications, 1969.

Apoio ao SUSTENTO (7500)

Definição: Ajuda a indivíduo/família que necessita encontrar comida, roupas ou abrigo.

Atividades:

Determinar a adequação da situação financeira do paciente.

Determinar a adequação dos itens alimentares em casa.

Informar o indivíduo/famílias sobre formas de acesso a locais de preparo de alimentos e a programas gratuitos de lanches.

Informar indivíduo/família sobre formas de acesso a alojamento de baixo custo e a programas subsidiados.

Informar sobre legislação e proteção sobre locações.

Informar indivíduo/famílias sobre programas de emergência disponíveis em relação a alojamento.

Providenciar transporte a abrigo em situação de emergência.

Discutir com o indivíduo/família sobre as instituições disponíveis de emprego.

Providenciar transporte a indivíduos/famílias ao local de emprego, se necessário.

Informar o indivíduo/família sobre instituições que oferecem assistência com vestuário.

Providenciar transporte até a agência que dá assistência com vestuário, se necessário.

Informar o indivíduo/família sobre programas de instituições que oferecem apoio, como Cruz Vermelha e Exército da Salvação, conforme apropriado.

Discutir com a pessoa/família sobre os recursos financeiros disponíveis.

Ajudar o indivíduo/família a preencher formulários para assistência, como ajuda financeira e para alojamento.

Informar o indivíduo/família sobre clínicas de saúde à disposição.

Ajudar o indivíduo/família a chegar a essas clínicas de saúde gratuitas.

Informar o indivíduo/família sobre exigências para candidatar-se a cupons alimentares.

Informar o indivíduo/família sobre escolas e/ou centros de cuidados diários disponíveis, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Brush B.L., Powers E.M. Health and service utilization patterns among homeless men in transition: Exploring the need for on-site, shelter-based nursing care.

Scholarly Inquiry in Nursing Practice. 2001;15(2):143-154.

Green D.M. History, discussion and review of a best practices model for service delivery for the homeless. *Social Work in Mental Health*. 2005;3(4):1-16.

Mulroy E.A. A user-friendly approach to program evaluation and effective community interventions for families at risk of homelessness. *Social Work*.

2004;49(4):573-586.

Strehlow A.J., Amos-Jones T. The homeless as a vulnerable population. *Nursing Clinics of North America*. 1999;34(2):261-274.

SUTURA (3620)

Definição: Aproximação das margens de um ferimento usando material estéril de sutura e uma agulha.

Atividades:

Identificar as alergias do paciente a anestésicos, esparadrapo e/ou iodo povidona, ou outras soluções tópicas.

Identificar o histórico da formação de queloides, conforme apropriado.

Encaminhar ferimentos profundos, faciais, articulares ou potencialmente infectados ao médico.

Imobilizar a criança assustada ou o paciente confuso, conforme apropriado.

Retirar os pelos das imediações do ferimento.

Higienizar a pele ao redor com sabonete e água ou outra solução antisséptica suave.

Usar técnica estéril.

Administrar anestésico tópico ou injetável à área, conforme apropriado.

Dar tempo suficiente para que o anestésico funcione.

Escolher material de sutura com calibre adequado.

Determinar o método de suturar (contínuo ou interrompido) mais adequado ao ferimento.

Posicionar a agulha de modo que entre e saia perpendicularmente à superfície da pele.

Puxar a agulha pela pele, seguindo a linha ou a curva da própria agulha.

Puxar com firmeza a sutura de modo a não dobrar a pele.

Firmar a linha da sutura com nós quadrados.

Higienizar a área antes de aplicar antisséptico ou curativo.

Aplicar curativo, conforme apropriado.

Orientar o paciente sobre cuidados da linha de sutura, inclusive sinais e sintomas de infecção.

Orientar o paciente sobre momento de remover as suturas.

Tirar as suturas conforme indicação.

Agendar a visita de retorno, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Meeker M.H., Rothrock J.C. Alexander's care of the patient in surgery, 11th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Controle da TECNOLOGIA (7880)

Definição: Uso de equipamento e dispositivos tecnológicos para monitorar a condição do paciente ou manter sua vida.

Atividades:

Trocar ou substituir o equipamento de cuidados do paciente, conforme o protocolo.

Providenciar equipamento sobressalente, conforme apropriado.

Manter o equipamento em boas condições de funcionamento.

Corrigir equipamento que esteja funcionando mal.

Zerar e calibrar o equipamento, conforme apropriado.

Manter equipamento de emergência em local adequado e de fácil acesso.

Garantir o aterramento adequado do equipamento eletrônico.

Conectar o equipamento a tomadas elétricas que tenham ligação com fonte de energia para emergências.

Garantir que o equipamento seja verificado periodicamente por bioengenheiro, conforme apropriado.

Recarregar as baterias de equipamento portátil para atendimento.

Ajustar os limites do alarme no equipamento, conforme apropriado.

Reagir de forma correta aos alarmes do equipamento.

Consultar outros membros da equipe de cuidados de saúde e recomendar equipamentos/dispositivos para uso com o paciente.

Usar as alterações nos dados obtidos com a máquina para reavaliar o paciente.

Comparar os dados obtidos com a máquina com a percepção da condição do paciente pelos enfermeiros.

Explicar os riscos e os benefícios potenciais do uso dessa tecnologia.

Facilitar a obtenção do consentimento informado, conforme apropriado.

Colocar, de forma estratégica, o equipamento junto ao leito para maximizar o acesso do paciente e prevenir tropeçar sobre sondas e fios.

Conhecer o equipamento e ser proficiente em seu uso.

Ensinar ao paciente e familiares formas de operar o equipamento, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente e familiares os resultados esperados do paciente e os efeitos secundários associados ao uso do equipamento.

Facilitar a tomada de decisão ética relativa ao uso de tecnologias de manutenção da vida e de apoio à vida, conforme

apropriado.

Demonstrar aos familiares formas de comunicar-se com o paciente que tem a vida sustentada por equipamento.

Facilitar a interação entre familiares e paciente em terapia de apoio à vida.

Monitorar o efeito do uso do equipamento no funcionamento fisiológico, psicológico e social do paciente e da família.

Monitorar a eficiência da tecnologia em relação aos resultados do paciente.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Alexander J.W., Mark B. Technology and structure of nursing organizations. *Nursing and Health Care*. 1990;11(4):195-199.

Jacox A. Nursing and technology. *Nursing Economics*. 1990;8(2):116-119.

Jacox A., Pillar B., Redman B.K. A classification of nursing technology. *Nursing Outlook*. 1990;38(2):81-85.

McCauley M.D., Von Reuden K.T. Noninvasive monitoring of the mechanically ventilated patient. *Critical Care Nursing Quarterly*. 1988;11(3):36-49.

McConnell E. The impact of machines on the work of critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*. 1990;12(4):45-52.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Pillar B., Jacox A.K., Redman B.K. Technology, its assessment and nursing. *Nursing Outlook*. 1990;38(1):16-19.

Regulação da TEMPERATURA (3900)

Definição: Obtenção e/ou manutenção da temperatura do corpo dentro de uma variação normal.

Atividades:

Monitorar a temperatura, no mínimo, a cada duas horas, conforme apropriado.

Monitorar a temperatura do recém-nascido até estabilizar.

Instituir um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central, conforme apropriado.

Monitorar pressão sanguínea, pulso e respiração, conforme apropriado.

Monitorar cor e temperatura da pele.

Informar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia, e monitorá-los de qualquer forma.

Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes.

Enrolar imediatamente o bebê após o nascimento para evitar perda de calor.

Manter uma temperatura aquecida do corpo do recém-nascido.

Aplicar envoltório especial ao recém-nascido para prevenir perda de calor.

Ensinar ao paciente a forma de evitar exaustão por calor e insolação.

Colocar o recém-nascido em berço especial ou sob aquecedor, se necessário.

Conversar sobre a importância da termorregulação e os possíveis efeitos negativos de tremores excessivos, conforme apropriado.

Ensinar ao paciente, em especial aos idosos, ações de prevenção de hipotermia por exposição ao frio.

Ensinar indicadores de exaustão pelo calor e o tratamento de emergência adequado, conforme apropriado.

Ensinar sobre indicadores de hipotermia e o tratamento de emergência adequado, conforme apropriado.

Usar colchão aquecido e cobertores quentes para ajustar uma temperatura corporal alterada, conforme apropriado.

Ajustar a temperatura do ambiente conforme as necessidades do paciente.

Dar a medicação adequada para evitar ou corrigir tremores.

Administrar a medicação antipirética, conforme apropriado.

Usar colchão de resfriamento e banhos mornos para ajustar a temperatura corporal alterada, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Beutler B., Beutler S. Pathogenesis of fever. In: Wyngaarden J.B., Smith L.H.Jr., Bennett J.C.Jr., editors. *Cecil textbook of medicine*. 19th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:1568-1571.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004.

Pillitteri A. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of nursing*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Thomas K.A. The emergence of body temperature biorhythm in preterm infants. *Nursing Research*. 1991;40(2):98-102.

Thompson J.M., McFarland G.K., Hirsch J.E., Tucker S.M. *Mosby's clinical nursing*, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Regulação da TEMPERATURA: transoperatória (3902)

Definição: Obtenção e/ou manutenção da temperatura corporal intraoperatória desejada.

Atividades:

Ajustar a temperatura da sala de cirurgia para efeito terapêutico.

Montar e regular os dispositivos adequados de aquecimento/resfriamento.

Aplicar cobertura da cabeça.

Cobrir o paciente com cobertor reflexivo.

Providenciar ou ajustar umidificador para gases anestésicos.

Transportar neonatos e bebês em berço especial aquecido.

Cobrir as partes do corpo expostas.

Aquecer ou resfriar todas as soluções preparadas para irrigar, soluções IV e para a pele, conforme apropriado.

Providenciar e regular aquecedor do sangue, conforme apropriado.

Aquecer as esponjas cirúrgicas.

Monitorar continuamente a temperatura do paciente.

Monitorar a temperatura do ambiente.

Monitorar a manter a temperatura dos dispositivos de aquecimento/resfriamento.

Monitorar e manter a temperatura das soluções para irrigar.

Cobrir o paciente com cobertor aquecido para transporte para a unidade de cuidados pós-anestesia.

Documentar as informações conforme a política da instituição.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Operating Room Nurses. Intraoperative phase. In: Bailes B., editor. *Perioperative nursing research: A ten year review*. Denver: Author, 1989.

Biddle C., Biddle W. A plastic head cover to reduce heat loss. *Geriatric Nursing-American Journal of Care for the Aging*. 1985;6(1):39-41.

Closs J., MacDonald J., Hawthorn P. Factors affecting perioperative body temperature. *Journal of Advanced Nursing*. 1986;11(6):739-744.

Craven R.F., Hirnle C.J. *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:595.

Roizen M., Sohn Y.J., L'Hommedieu C.S., Wylie E.J., Ota M.K. Operating room temperature prior to surgical draping: Effect on patient temperature in recovery room. *Anesthesia and Analgesia*. 1980;59(11):852-855.

Wehmer M., Baldwin B. Inadvertent hypothermia: Clinical nursing research. *AORN Journal*. 1986;44(5):788-793.

White H.E., Thurston N.E., Blackmore K.A., Green S.E., Hannah K.J. Body temperature in elderly surgical patients. *Research in Nursing and Health*. 1987;10(5):317-321.

TOQUE (5460)

Definição: Oferecimento de conforto e comunicação por meio do contato tátil com um propósito.

Atividades:

Avaliar o próprio conforto pessoal para usar o toque com pacientes e familiares.

Avaliar a disposição do paciente quando o toque é oferecido.

Avaliar o contexto ambiental antes de oferecer o toque.

Determinar a parte do corpo que é melhor para ser tocada, bem como o tempo do toque para que produza as respostas mais positivas no recebedor.

Observar tabus culturais relativos ao toque.

Abraçar com tranquilidade sempre que adequado.

Oferecer um abraço confortador, conforme apropriado.

Segurar a mão do paciente para oferecer apoio emocional.

Aplicar suave pressão no pulso, mão, ou ombro do paciente gravemente doente.

Esfregar as costas em sincronia com a respiração do paciente, conforme apropriado.

Acariciar partes do corpo de modo rítmico e lento, conforme apropriado.

Massagear ao redor da área dolorida, conforme apropriado.

Sugerir aos pais ações comuns usadas para acalmar e tranquilizar o filho.

Segurar o bebê ou a criança de maneira firme e carinhosa.

Incorajar os pais a tocarem o recém-nascido ou a criança doente.

Cercar o bebê prematuro com rolos de cobertor (como um ninho).

Envolver o bebê em cobertor de maneira aconchegante, para manter braços e pernas junto ao corpo.

Colocar o bebê sobre o corpo da mãe imediatamente após o nascimento.

Incorajar a mãe a segurar, tocar e examinar o bebê enquanto o cordão umbilical está sendo cortado.

Estimular os pais a tocarem o bebê.

Estimular os pais a massagearem o bebê.

Demonstrar técnicas para acalmar bebês.

Oferecer aos recém-nascidos uma chupeta adequada para a sucção não nutritiva.

Oferecer exercícios para estimulação oral antes da alimentação por sonda em bebês prematuros.

Avaliar o efeito do uso do toque.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Gleeson M., Timmins F. A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2005;9:69-77.

Molsberry D., Shogan M.G. Communicating through touch. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:127-150.

Rombalski J.J. A personal journey in understanding physical touch as a nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*. 2003;21:73-80.

Snyder M., Nojima Y. Purposeful touch. In: Snyder M., Lindquist R., editors. *Complementary/alternative therapies in nursing*. 3rd ed. New York: Springer; 1998:149-158.

Weiss S.J., Touch. Fitzpatrick J., Taunton R., Benoliel J., editors. *Annual review of nursing research*. New York: Springer; 1988;6:3-27.

Weiss S.J. The tactile environment of caregiving: Implications for health science and health care. *The Science of Caring*. 1992;3(2):33-40.

TOQUE Terapêutico (5465)

Definição: Sintonia com o campo de cura universal, buscando agir como instrumento de influência curativa e usando a sensibilidade natural das mãos para, com delicadeza, focalizar e direcionar o processo de intervenção.

Atividades:

Concentrar-se na percepção do eu interno.

Concentrar-se na intenção de facilitar a integridade e a cura em todos os níveis de consciência.

Colocar as mãos a 2,5 cm ou 5 cm do corpo do paciente.

Começar a investigação, movimentando as mãos devagar e com firmeza sobre o paciente, o máximo possível, da cabeça aos pés e da frente para trás.

Observar o padrão geral do fluxo de energia, em especial todas as áreas de perturbação, como congestão ou falta de inervação, o que pode ser percebido por meio de indícios muito sutis nas mãos, por exemplo, mudança de temperatura,

formigamento ou outras sensações sutis de movimento.

Concentrar-se na intenção de facilitar a simetria e a cura em áreas perturbadas.

Iniciar, movimentando as mãos em movimentos descendentes delicados pelo campo de energia do paciente, pensando no paciente como um todo único e facilitando um fluxo energético aberto e equilibrado.

Continuar o tratamento, delicadamente, facilitando o fluxo da energia curativa para as áreas de perturbação.

Concluir ao julgar que a quantidade adequada de mudança ocorreu (*i.e.*, no caso de um bebê, um a dois minutos; para adultos, cinco a sete minutos), sem esquecer a importância da delicadeza.

Observar se o paciente teve uma reação de relaxamento e alguma consequência associada.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Engle V.F., Graney M.J. Biobehavioral effects of therapeutic touch. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(3):287-293.

Krieger D. The therapeutic touch. New York: Prentice Hall, 1979.

Meehan T.C. Therapeutic touch. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:173-188.

O'Mathuna D.P. Evidence-based practice and reviews of therapeutic touch. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(3):279-285.

Quinn J. Therapeutic touch as energy exchange: Testing the theory. *Advances in Nursing Science*. 1984;6(2):42-49.

Precauções no Uso do TORNIQUETE Pneumático (6590)

Definição: Aplicação de um torniquete pneumático minimizando o potencial de lesão ao paciente devido ao uso do dispositivo.

Atividades:

Testar o funcionamento correto do torniquete pneumático verificando se o monômetro está calibrado.

Selecionar um manguito para o torniquete com largura e comprimento adequados à extremidade.

Verificar o funcionamento correto do manguito, inflando-o e verificando se há vazamentos nele e nas extensões.

Orientar o paciente sobre a finalidade do torniquete e as sensações esperadas, conforme apropriado (p. ex., formigamento, dormência e dor leve e persistente).

Examinar a pele no local do manguito do torniquete.

Avaliar pulsos periféricos, sensibilidade e a capacidade de movimentar os dedos da extremidade envolvida.

Envolver com algodão a extremidade sob o manguito, garantindo que não haja enrugamento da pele.

Aplicar e prender o manguito do torniquete ao redor da extremidade, evitando sítios neurovasculares e assegurando que a pele não seja beliscada.

Proteger a pele e o manguito contra preparos e soluções irrigadoras, conforme apropriado.

Ajustar a pressão do torniquete de acordo com o médico ou o protocolo da instituição.

Retirar sangue da extremidade, erguendo-a e envolvendo-a com faixa elástica antes de inflar o manguito.

Inflar o manguito seguindo instruções médicas.

Monitorar continuamente o paciente durante o uso durante o esvaziamento do torniquete.

Verificar a pressão do torniquete e o enchimento do manguito periodicamente durante o uso.

Monitorar o equipamento e a pressão do torniquete continuamente quando utilizados para bloquear o acesso venoso.

Notificar o médico a respeito do tempo do torniquete a intervalos regulares, conforme ao da instituição.

Desinflar o manguito do torniquete de acordo com instruções médicas ou protocolo da instituição.

Desinflar lentamente o manguito do torniquete usado para bloqueio venoso.

Remover o manguito do torniquete.

Examinar a pele sob o manguito do torniquete após sua remoção.

Avaliar os pulsos periféricos, a sensibilidade e a capacidade de movimentar os dedos após desinflar ou remover o manguito.

Documentar o número de identificação do torniquete, tamanho do manguito, pressão, horários de inflar e desinflar, condição da pele sob o manguito e avaliação circulatória periférica e neurológica, conforme o protocolo da instituição.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Operating Room Nurses. Recommended practices for use of the pneumatic tourniquet. In *AORN 1994 Standards and recommended practices*.

Denver, CO: Author; 1994.

Evans-Smith P. Oxygenation. In: *Taylor's clinical nursing skills*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:543-628.

Fairchild S. Perioperative nursing: Principles and practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1993.

Kneedler J., Dodge G. Perioperative patient care: The nursing perspective. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1994.

Estimulação a TOSSE (3250)

Definição: Promoção de inspiração profunda pelo paciente com a geração subsequente de pressões intratorácicas elevadas e compressão do parênquima pulmonar subjacente para a expulsão forçada do ar.

Atividades:

Monitorar os resultados dos testes da função pulmonar, em especial da capacidade vital, força inspiratória máxima, volume expiratório forçado em um segundo e a razão do volume expiratório forçado em um segundo sobre a capacidade vital forçada, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a sentar-se com a cabeça levemente flexionada, os ombros relaxados e os joelhos flexionados.

Estimular o paciente a fazer várias respirações profundas.

Estimular o paciente a inspirar profundamente, segurar o ar por dois segundos e tossir duas ou três vezes em sequência.

Orientar o paciente a inspirar profundamente, inclinar-se um pouco para a frente e provocar três ou quatro acessos de tosse (contra a glote aberta).

Orientar o paciente a inspirar profundamente várias vezes, a expirar lentamente e a tossir ao final da expiração.

Iniciar técnicas de compressão da parede lateral das costelas durante a fase expiratória da manobra para tossir, conforme apropriado.

Comprimir o abdome do paciente abaixo do apêndice xifoide, com a mão espalmada, enquanto o ajuda a flexionar-se para a frente, ao mesmo tempo que tosse.

Orientar o paciente a continuar tossindo, com várias respirações inspiratórias máximas.

Estimular o uso de espirômetro de incentivo, conforme apropriado.

Promover a hidratação sistêmica com líquidos, conforme apropriado.

Ajudar o paciente a usar um travesseiro ou cobertor dobrado como apoio à incisão ao tossir.

Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1993.

Cuidados com a TRAÇÃO/IMOBILIZAÇÃO (0940)

Definição: Controle de paciente em tração e/ou dispositivo para imobilizar e estabilizar uma parte do corpo.

Atividades:

Posicionar com o alinhamento correto do corpo.

Manter a posição adequada na cama para intensificar a tração.

Assegurar que estejam sendo aplicados os pesos corretos.

Assegurar que as cordas e as roldanas estejam penduradas livremente.

Assegurar que a tração das cordas e dos pesos permaneça ao longo do eixo do osso fraturado.

Fixar os pesos da tração ao movimentar o paciente.

Manter a tração em todos os momentos.

Monitorar a capacidade de autocuidado do paciente enquanto em tração.

Monitorar o mecanismo de fixação externa.

Monitorar os locais de inserção dos pinos.

Monitorar a pele e as saliências ósseas observando sinais de ruptura.

Monitorar a circulação, os movimentos e a sensibilidade na extremidade afetada.

Monitorar a ocorrência de complicações da imobilidade.

Realizar os cuidados dos locais de inserção dos pinos.

Administrar cuidados adequados à pele em pontos de atrito.

Providenciar trapézio para movimentos na cama, conforme apropriado.

Orientar sobre cuidados do dispositivo de imobilização, se necessário.

Orientar sobre cuidados do mecanismo de fixação externa, se necessário.

Orientar sobre cuidados dos locais com pinos, se necessário.

Orientar sobre a importância da nutrição adequada para a cicatrização óssea.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Davis F.A. Taber's cyclopedic medical dictionary, 16th ed. Philadelphia: Author, 1989.

Mourad L.A. Orthopedic disorders: Mosby's clinical nursing series. St. Louis, MO: Mosby, 1991.

Phipps W.J., Long B.C., Woods N.F. Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Musculoskeletal care modalities. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:2017-2045.

TRANSFERÊNCIA (0970)

Definição: Movimentação de paciente com limitação de movimentos independentes.

Atividades:

Revisar o prontuário em relação a ordens de atividades.

Determinar o nível de mobilidade e as limitações dos movimentos.

Determinar o nível de consciência e a capacidade de colaborar.

Planejar o tipo e o método da mudança.

Determinar quantidade e tipo de assistência necessária.

Garantir que o equipamento funciona antes de usá-lo.

Discutir a necessidade de mudar com o paciente e a família.

Discutir com o paciente e os auxiliares a forma de realização da mudança.

Ajudar o paciente a receber todos os cuidados necessários (p. ex., higiene pessoal, reunir os pertences) antes de fazer a transferência, conforme apropriado.

Oferecer privacidade, evitar correntes de ar e conservar o recato do paciente.

Certificar-se de que o novo local do paciente está pronto.

Adaptar o equipamento se necessário a alturas que facilitem o trabalho e travar todos os rodízios.

Elevar a lateral da cama no lado oposto ao do enfermeiro, evitando queda do paciente.

Usar a mecânica corporal correta durante os movimentos.

Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos.

Erguer e movimentar o paciente com elevador hidráulico, se necessário.

Movimentar o paciente com a tábua de transferência se necessário.

Transferir o paciente da cama para a maca, ou vice-versa, usando lençol para virada, conforme apropriado.

Usar a tábua para transferências, conforme apropriado.

Usar uma cinta para auxiliar paciente que não consegue ficar de pé com assistência, conforme apropriado.

Usar incubadora, maca ou cama para movimentar paciente fraco, com lesão ou cirúrgico de uma área a outra.

Usar cadeira de rodas para movimentar o paciente que não consegue funcionar.

Colocar em estrutura firme e no colo bebê ou criança pequena.

Auxiliar o paciente a deambular, usando o seu corpo como muleta humana, conforme apropriado.

Manter os dispositivos de tração durante a mudança, conforme apropriado.

Avaliar o paciente ao término da transferência em relação ao alinhamento corporal correto, não oclusão de sondas e drenos, lençóis sem rugas e dobras, pele desnecessariamente exposta, nível de conforto adequado ao paciente, laterais da cama erguidas e campainha ao alcance da mão.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Craven R. Fundamentals of nursing, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Perry A.G., Potter P.A. Fundamentals of nursing, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Stabl L. How to transfer patients to other units. *American Journal of Nursing*. 1996;96(8):57-58.

TRANSPORTE: inter-hospitalar (7892)

Definição: Mudança do paciente de uma área a outra da instituição.

Atividades:

Facilitar a coordenação e a comunicação antes do transporte.

Conseguir ordem médica antes do transporte, conforme apropriado.

Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária.

Providenciar funcionários suficientes para ajudar no transporte.

Providenciar o equipamento apropriado para ajudar no transporte.

Discutir a necessidade de mudança com o paciente e pessoas importantes.

Ajudar o paciente a receber todos os cuidados necessários (p. ex., higiene pessoal, coleta dos pertences) antes de fazer a transferência, conforme apropriado).

Certificar-se de que o novo local do paciente está pronto.

Mudar o paciente usando o equipamento exigido se necessário.

Usar incubadora, maca ou leito para movimentar paciente fraco, lesionado ou cirúrgico de uma área a outra.

Usar cadeira de rodas para movimentar paciente que não consegue andar.

Colocar em estrutura firme e no colo bebê ou criança pequena.

Ajudar o paciente a deambular usando o seu corpo como muleta humana, conforme apropriado.

Providenciar acompanhante durante o transporte se necessário.

Monitorar conforme apropriado durante o transporte.

Providenciar relatório clínico do paciente para o local que o está recebendo, conforme apropriado.

Documentar as informações pertinentes relativas ao transporte.

Evacuar os pacientes em emergências, como incêndio, furação ou tornado, conforme o plano da instituição para situações de desastre.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

Perry A.G., Potter P.A. Fundamentals of nursing, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Stabl L. How to transfer patients to other units. *AJN: American Journal of Nursing*. 1996;96(8):57-58.

Warren J., Fromm R.E., Orr R.A., Rotello L.C., Horst H.M. Guidelines for the inter- and intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*. 2004;32(1):256-262.

TRANSPORTE: intra-hospitalar (7890)

Definição: Mudança de paciente de uma instituição a outra.

Atividades:

Garantir que tenha sido feito exame médico de sondagem e que tenha sido documentado.

Garantir que o paciente esteja estabilizado de acordo com as capacidades da instituição de onde ele sairá ou que tenha satisfeito as condições mediante as quais pacientes instáveis podem ser transferidos, de acordo com o *Emergency Treatment and Labor Act* (EMTALA).

Determinar a necessidade de transferir o paciente, garantindo que ele necessita de tratamento na instituição que o receberá e que os benefícios da transferência ultrapassam os riscos.

Obter ordem escrita do médico para transportar o paciente.

Identificar a preferência do paciente ou de pessoas importantes quanto à instituição receptora e os médicos, conforme apropriado.

Documentar que a instituição receptora aceitará o paciente e que possui o equipamento e a equipe necessários para a conduta na situação clínica.

Conseguir consentimento escrito pra a transferência do paciente ou de pessoas significativas.

Conseguir consentimento escrito para transferir menores de idade, conforme apropriado.

Conseguir consentimento escrito para liberar informações do paciente à instituição receptora.

Facilitar o contato entre o médico que recebe o paciente e o que o atendeu, conforme indicado pela legislação (EMTALA) e documentar esse contato.

Providenciar o tipo de transporte necessário.

Fornecer um relatório clínico de enfermeiro para enfermeiro sobre o paciente à instituição receptora e documentar esse contato.

Mobilizar e providenciar os funcionários necessários, o equipamento e os fármacos para a transferência.

Fazer cópia dos prontuários médicos para a instituição receptora, inclusive registro atualizado dos eventos.

Garantir que os prontuários médicos acompanhem o paciente até a instituição receptora.

Concluir o certificado de transferência e obter assinatura, registrar horário e data pelo médico.

Documentar a razão médica da transferência, além dos benefícios e riscos médicos dela, conforme indica a legislação EMTALA.

Documentar todas as informações que pertencem aos pacientes que recusam ser transferidos.

Tentar garantir uma declaração escrita de recusa a ser transferido de parte do paciente, quando indicado.

Continuar a tratar os pacientes que se recusam a ser transferidos, conforme a capacidade da instituição.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Bowen S.L. Neonatal transport. In: Verklan M.T., Walden M., editors. *Core curriculum for neonatal intensive care nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004. (Chap. 21)

Casaubon D. EMTALA: Practical application with an algorithm. *Journal of Emergency Nursing*. 2001;27(4):364-368.

Gilstrap L.C., Oh W., Greene M.F., Lemons J.A., editors Interhospital care of the Perinatal patient. Guidelines for perinatal care. 5th ed.. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists; 2002;57-71.

Glass D.L., Rebstock J., Handberg E. Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA): Avoiding the pitfalls. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2004;18(2):103-114.

Society of Critical Care Medicine. Guidelines for the transfer of critically ill patients. *Critical Care Medicine*. 1993;21(6):931-937.

Warren J., Fromm R.E., Orr R.A., Rotello L.C., Horst H.M. Guidelines for the inter- and intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*. 2004;32(1):256-262.

Terapia para TRAUMA: infantil (5410)

Definição: Uso de processo interativo de ajuda para resolver trauma vivido por uma criança.

Atividades:

Ensinar técnicas específicas de controle do estresse antes da investigação para recuperar uma sensação de controle sobre os pensamentos e os sentimentos.

Investigar o trauma e seu significado com a criança.

Usar linguagem adequada ao desenvolvimento para fazer perguntas sobre o trauma.

Usar procedimentos para relaxar e dessensibilizar, ajudando a criança a descrever o evento.

Estabelecer confiança, segurança e o direito de ter acesso a material do trauma, guardado com cuidado, monitorando as reações às revelações.

Continuar a terapia no ritmo da criança.

Estabelecer um sinal que a criança possa fazer se o trabalho concentrado no trauma vier a sobrecarregá-la.

Concentrar a terapia na autorregulação e reconstrução de uma sensação de proteção.

Usar a arte e o brinquedo para promover a expressão.

Envolver os pais ou cuidadores adequados na terapia, conforme apropriado.

Educar os pais sobre a reação do filho ao trauma e o processo da terapia.

Ajudar os pais a solucionar o próprio sofrimento emocional em relação ao trauma.

Ajudar os outros apropriados a oferecer apoio.

Evitar envolver pais ou cuidadores se forem eles a causa do trauma.

Ajudar a criança a reconsiderar declarações feitas sobre o evento traumático, por meio de uma análise por etapas de todas as distorções de percepção e cognição.

Investigar e corrigir atributos incorretos sobre o trauma, inclusive ideias de profecia e culpa do sobrevivente.

Ajudar a identificar e a enfrentar os sentimentos.

Explicar o processo do luto ou pesar à criança e aos pais, conforme apropriado.

Ajudar a criança a examinar pressupostos e conclusões com distorção.

Ajudar a criança a restabelecer uma sensação de proteção e previsibilidade em sua vida.

Ajudar a criança a integrar os eventos reestruturados do trauma ao histórico e experiência de vida.

Dar atenção ao funcionamento dos papéis após o trauma na vida familiar, às relações com os amigos e ao desempenho escolar.

Quarta edição 2004.

Leituras Sugeridas:

Boyd M.R. Caring for abused persons. In: Boyd M.A., editor. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:823-856.

Clark C.C. Posttraumatic stress disorder: How to support healing. *American Journal of Nursing*. 1997;97(8):27-33.

DiPalma L.M. Integrating trauma theory into nursing practice and education. *Clinical Nurse Specialist*. 1997;11(3):102-107.

Pifferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: A review of the last 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(11):1503-1511.

TRIAGEM: catástrofe (6362)

Definição: Estabelecimento de prioridades de cuidado do paciente para tratamento urgente enquanto são alocados recursos escassos.

Atividades:

- Aprontar a área e o equipamento para a triagem.
 - Adquirir informações sobre a natureza do problema, emergência, acidente ou desastre.
 - Levar em conta os recursos disponíveis.
 - Fazer contato com os profissionais adequados.
 - Avaliar os pacientes críticos no campo em primeiro lugar.
 - Evacuar os lesionados como convier.
 - Participar da priorização dos pacientes para tratamento.
 - Monitorar ocorrência de lesões com risco de morte e tratá-las, ou as necessidades graves.
 - Identificar a queixa principal do paciente.
 - Conseguir informações sobre o histórico médico anterior do paciente.
 - Checar se há pulseiras de alerta médico, como convier.
 - Fazer um levantamento primário de todos os sistemas do organismo, como convier.
 - Iniciar medidas de emergência apropriadas, quando indicado.
 - Fazer um segundo levantamento dos sistemas do organismo, como convier.
 - Anexar a identificação correta, conforme indicar o estado do paciente.
 - Ajudar a realizar exames diagnósticos, conforme indicado pela condição do paciente.
- Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- Mezza I. Triage: Setting priorities for health care. *Nursing Forum*. 1992;27(2):15-19.
- Pepe P.E. Whom to resuscitate. In: Civetta J.M., Taylor R.W., Kirby R.K., editors. *Critical care*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1988.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., Terrorism, mass casualty, and disaster nursing. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:2183-2198.

TRIAGEM: centro de emergência (6364)

Definição: Estabelecimento de prioridades e início de tratamento para pacientes em centro de emergência.

Atividades:

- Monitorar respiração e circulação.
- Fazer intervenção em crises, conforme apropriado.

Reduzir a escalada da violência, conforme apropriado.

Levar os pacientes que necessitam de cuidados urgentes à área de tratamento, imediatamente.

Avaliar e transferir mães em trabalho de parto.

Explicar o processo de triagem aos que se apresentam para trabalhar.

Monitorar os sinais vitais.

Fazer exame físico relevante à queixa principal.

Conseguir o histórico médico pertinente.

Identificar os medicamentos em uso.

Classificar conforme a gravidade da situação.

Encaminhar pacientes não urgentes a clínicas, a outros provedores de cuidados primários ou departamento de saúde.

Fazer contato com recursos de controle toxicológico e iniciar o tratamento, conforme apropriado.

Imobilizar extremidades com prováveis fraturas, conforme apropriado.

Fazer primeiros cuidados em queimaduras, conforme apropriado.

Controlar sangramento.

Cobrir as feridas com curativos.

Preservar partes amputadas.

Iniciar protocolos de tratamento.

Ordenar exames-diagnósticos, conforme apropriado.

Designar os pacientes a médicos e/ou equipes de tratamento.

Informar o cuidador que recebe o paciente.

Monitorar pacientes que estejam aguardando para serem examinados.

Ser uma ligação entre a equipe de cuidados de saúde e as pessoas na área de espera.

Responder às perguntas de pacientes e familiares.

Tranquilizar pacientes e familiares.

Dar aconselhamento em momentos de pesar/luto.

Atender a telefonemas de pessoas que buscam informações.

Controlar o fluxo do trânsito de visitas e pacientes.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

TRIAGEM: telefone (6366)

Definição: Determinar a natureza e a urgência de um problema(s) e dar diretrizes para o nível de cuidados necessário, através do telefone.

Atividades:

Identificar-se pelo nome e credenciais, empresa; avisar a pessoa do outro lado da linha que a conversa está sendo gravada (p. ex., monitoramento da qualidade).

Mostrar disposição para ajudar (p. ex., „Como posso ser útil?“).

Conseguir as informações sobre a razão do telefonema (p. ex., natureza da crise, sintomas, diagnóstico médico, histórico anterior de saúde e atual regime de tratamento).

Levar em conta barreiras culturais e socioeconômicas à reação do paciente.

Identificar as preocupações do paciente sobre seu estado de saúde.

Falar diretamente com o paciente sempre que possível.

Orientar, facilitar e acalmar a pessoa ao telefone, dando instruções simples para agir, se necessário.

Perguntar sobre queixas/sintomas associados (conforme diretrizes padronizadas, se houver).

Usar diretrizes baseadas nos sintomas para identificar e avaliar dados importantes e classificar a urgência dos sintomas se disponível.

Priorizar os sintomas informados, determinando primeiro os com possibilidade de risco maior.

Conseguir dados relativos à eficácia do(s) tratamento(s) atual, se houver.

Determinar se as preocupações exigem mais avaliação (uso de diretrizes padronizadas, se houver).

Oferecer instruções de primeiros socorros ou diretrizes de emergência para crises (p. ex., instruções de reanimação na parada cardiorrespiratória ou para ajudar em parto), usando diretrizes padronizadas.

Permanecer ao telefone enquanto faz contato com serviços de emergência, conforme o protocolo da empresa.

Dar orientações claras para transporte até o hospital, se necessário.

Aconselhar o paciente sobre as opções de encaminhamento e/ou intervenções.

Informar sobre regime de tratamento e responsabilidades consequentes de autocuidado na medida da necessidade, conforme o alcance da prática e das diretrizes estabelecidas.

Confirmar o que o paciente compreende dos conselhos ou diretrizes por meio de verbalização.

Determinar a necessidade e estabelecer intervalos de tempo para levantamentos intermitentes ou fazer mais levantamentos.

Documentar todos os levantamentos de dados, conselhos, instruções ou outras informações dadas ao paciente, conforme

as diretrizes especificadas.

Determinar como o paciente ou familiar pode ser encontrado para telefonemas de retorno, conforme apropriado.

Documentar a permissão de telefonar novamente e identificar as pessoas que possam atender a esses chamados.

Fazer acompanhamento, se necessário, para determinar a disposição; documentar essa disposição e as ações que o paciente quer implementar.

Manter o sigilo conforme indicação.

Discutir e resolver telefonemas problemáticos com ajuda do supervisor/colegas.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

- American Academy of Ambulatory Nursing. Telephone nursing practice administration and practice standards. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti, 1997.
- Janowski M. Is telephone triage calling you? *American Journal of Nursing*. 1995;95(1):59-62.
- Katz H.P. Telephone medicine, triage and training: A Handbook for primary care health professionals. Philadelphia: F.A. Davis, 1990.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., Emergency nursing. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;2:2147-2182.
- Stock C.M. Standardization of telephone triage: Is it time? *Journal of Nursing Law*. 1995;2(2):19-25.
- Wheeler S., Siebelt B. Calling all nurses: How to perform telephone triage. *Nursing*. 1997;97(7):37-41.

Controle da Terapia TROMBOEMBOLÍTICA (4270)

Definição: Coleta e análise de dados do paciente para dar origem à provisão segura e adequada de um agente que dissolva o trombo.

Atividades:

Confirmar a identidade do paciente.

Obter histórico da doença atual e médico.

Fazer exame físico (p. ex., aparência geral, frequência cardíaca, pressão sanguínea, frequência respiratória, temperatura, nível de dor, altura e peso).

Explicar todos os procedimentos ao paciente e pessoa importante.

Deixar a pessoa importante junto ao leito, se possível.

Obter oximetria de pulso e aplicar oxigênio, conforme apropriado.

Fazer o levantamento pretendido do sistema indicado pelo histórico da doença atual.

Fazer ECG com 12 derivações, conforme apropriado.

Iniciar acesso intravenoso e conseguir amostras de sangue para análises laboratoriais.

Conseguir imediatamente exame da cabeça por tomografia computadorizada, conforme apropriado.

Avaliar as diretrizes quanto ao tratamento (p. ex., critérios de inclusão e exclusão da terapia).

Determinar se o paciente receberá a terapia.

Obter o consentimento informado.

Preparar para a terapia tromboembólica, se indicado.

Obter local de acesso intravenoso adicional.

Evitar amostra arterial para prevenir complicações hemorrágicas.

Preparar os agentes tromboembólicos conforme o protocolo da instituição.

Administrar os agentes tromboembólicos conforme as diretrizes específicas de administração.

Administrar outros medicamentos, se prescritos.

Continuamente, monitorar ritmo cardíaco, sinais vitais, nível de dor, sons cardíacos e pulmonares, nível de consciência, perfusão periférica, ingestão e eliminação, mudança no estado neurológico e se houve resolução dos sintomas, quando indicado.

Observar se há sinais de sangramento.

Conseguir mais testes radiográficos conforme indicação (p. ex., radiografia torácica).

Preparar para iniciar medidas básicas e avançadas de suporte à vida, se indicado.

Preparar para transferir para os cuidados definitivos (p. ex., laboratório de cateterismo cardíaco, UTI).

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Emergency Nursing Association. Emergency nursing core curriculum, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

Emergency Nursing Association. Standards of emergency nursing practice, 4th ed. Des Plaines, IL: Author, 1997.

Hazinski M.F., Cummins R.O., Field J.M., editors. 2000 handbook of emergency cardiovascular care for healthcare providers. Dallas, TX: American Heart Association, 2002.

Lacy C.F., Armstrong L.L., Goldman M.P., Lance L.L. Drug information handbook, 13th ed. Hudson, OH: Lexi-Comp, 2005.

U

Cuidados com ÚLCERAS de Pressão (3520)

Definição: Facilitação da cicatrização em úlceras de pressão.

Atividades:

Descrever as características da úlcera a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento × largura × profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudado, tecido granular ou necrosado e epitelização.

Monitorar cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele ao redor.

Manter úmida a úlcera para ajudar a cicatrização.

Aplicar calor úmido à úlcera para melhorar a perfusão do sangue e o suprimento de oxigênio à área.

Limpar a pele ao redor da úlcera com sabonete suave e água.

Desbridar a úlcera, se necessário.

Limpar a úlcera com solução atóxica adequada, fazendo um movimento circular partindo do centro.

Usar agulha de calibre 19 e seringa de 35 cc para limpar úlceras profundas.

Anotar as características de qualquer drenagem.

Aplicar membrana adesiva permeável à úlcera, conforme apropriado.

Aplicar compressas com salina, conforme apropriado.

Aplicar unguentos, conforme apropriado.

Aplicar curativos, conforme apropriado.

Administrar medicação oral, conforme apropriado.

Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção no ferimento.

Posicionar a cada uma a duas horas para evitar pressão prolongada.

Usar camas e colchões especiais, conforme apropriado.

Usar dispositivos sobre a cama (p. ex., pele de carneiro) que protejam o indivíduo.

Garantir a ingestão adequada de alimentos.

Monitorar o estado nutricional.

Confirmar ingestão adequada de calorias e proteínas de alta qualidade.

Orientar familiar/cuidador sobre sinais de lesão da pele, conforme apropriado.

Ensinar à pessoa ou familiar procedimentos de cuidado de ferimentos.

Iniciar serviços de consulta de enfermeiro especialista, se necessário.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

- Bergstrom N., Bennett M.A., Carlson C.E., et al. Treatments of pressure ulcers. Clinical practice guideline. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994. (AHCPR Publication No. 95-0652)
- Frantz R.A., Gardner S. Pressure ulcer care. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:211-223.
- Frantz R.A., Gardner S., Specht J.K., McIntire G. Integration of pressure ulcer treatment protocol into practice: Clinical outcomes and care environment attributes. *Outcomes Management for Nursing Practice*. 2001;5(3):112-120.
- Hirshberg J., Coleman J., Marchant B., Rees R.S. TGF- β 3 in the treatment of pressure ulcers: A preliminary report. *Advances in Skin & Wound Care*. 2001;14(2):91-95.
- Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:175-191.
- Spungen A.M., Koehler K.M., Modeste-Duncan R., Rasul M., Cytryn A.S., Bauman W.A. 9 clinical cases of nonhealing pressure ulcers in patients with spinal cord injury treated with an anabolic agent: A therapeutic trial. *Advances in Skin & Wound Care*. 2001;14(3):139-144.
- Whitney J.D., Salvadalena G., Higa L., Mich M. Treatment of pressure ulcers with noncontact normothermic wound therapy: Healing and warming effects. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2001;28(5):244-252.

Prevenção de ÚLCERAS de Pressão (3540)

Definição: Prevenção de úlceras de pressão em indivíduo com alto risco de desenvolvê-las.

Atividades:

Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco individuais (p. ex., escala de Braden).

Usar métodos para medir a temperatura da pele determinando o risco de úlcera de pressão, conforme o protocolo da agência.

Encorajar o indivíduo a não fumar e a evitar uso do álcool.

Documentar todas as incidências anteriores de formação de úlceras de pressão.

Documentar peso e trocas de peso.

Documentar a condição da pele na admissão e diariamente.

Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente.

Remover umidade excessiva da pele que resulta de transpiração, drenagem do ferimento e incontinência urinária e fecal.

Aplicar barreiras de proteção, como cremes ou compressas que absorvem umidade, para remover umidade excessiva, como convier.

Mudar o decúbito a cada uma a duas horas, como convier.

Mudar o decúbito com cuidado (p. ex., evitar cisalhamento) para evitar lesão a uma pele fragilizada.

Deixar visível o horário das viradas junto ao leito, como convier.

Examinar a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar, pelo menos, diariamente.

Evitar massagem sobre saliências ósseas.

Posicionar com travesseiros para afastar da cama pontos de pressão.

Manter limpa, seca e sem rugas a roupa de cama.

Arrumar a cama com as dobras para os dedos dos pés.

Usar camas e colchões especiais, como convier.

Usar dispositivos sobre a cama (p. ex., pele de carneiro) para proteger o indivíduo.

Evitar dispositivos tipo „rosca” para a área do sacro.

Hidratar a pele seca e compacta.

Evitar água quente e usar sabonete suave no banho.

Monitorar surgimento de fontes de pressão e atrito.

Aplicar protetores nos cotovelos e calcanhares, como convier.

Facilitar pequenas trocas do peso do corpo, com frequência.

Providenciar um trapézio para ajudar o paciente a mudar o peso do corpo com frequência.

Monitorar a mobilidade e a atividade individuais.

Garantir uma ingestão adequada de alimentos, em especial, proteínas, vitamina B e C, ferro e calorias, usando suplementos, como convier.

Ajudar o indivíduo a manter um peso saudável.

Orientar familiar/cuidador sobre sinais de degradação da pele, como convier.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Bergquist S., Frantz R. Braden scale: Validity in community-based older adults receiving home health care. *Applied Nursing Research*. 2001;14(1):36-43.

Braden B.J., Bergstrom N. Pressure ulcer reduction. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:193-210.

Cox K.R., Laird M., Brown J.M. Predicting and preventing pressure ulcers in adults. *Nursing Management*. 1998;29(7):41-45.

Murray M., Blaylock B. Maintaining effective pressure ulcer prevention programs. *MedSurg Nursing*. 1994;3(2):85-92.

Perry A.G., Potter P.A. *Clinical nursing skills and techniques*, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:165-174.

ULTRASSONOGRAFIA: obstétrica (6982)

Definição: Realização de exames com ultrassom para determinar o estado dos ovários, útero ou feto.

Atividades:

Determinar a indicação de imagem por ultrassom (U/S).

Organizar o equipamento.

Orientar a paciente e a família sobre a(s) indicação(ões) para o exame e sobre o procedimento.

Preparar física e emocionalmente a paciente para o procedimento.

Colocar o transdutor sobre o abdome ou na vagina, conforme apropriado.

Obter uma imagem clara das estruturas anatômicas no monitor.

Determinar a posição uterina, o tamanho e a espessura do endométrio, conforme apropriado.

Determinar a localização e tamanho dos ovários, conforme apropriado.

Monitorar o crescimento folicular ao longo da ovulação, conforme apropriado.

Monitorar o crescimento e localização do saco gestacional.

Monitorar os parâmetros fetais, inclusive número, tamanho, atividade cardíaca, apresentação e posição.

Localizar a placenta.

Observar a ocorrência de anormalidades placentárias, conforme apropriado.

Medir os índices do líquido amniótico.

Monitorar os movimentos respiratórios fetais, os movimentos percebidos e o tônus muscular.

Identificar as estruturas fetais para os pais, conforme apropriado.

Providenciar foto do(s) feto(s), conforme apropriado.

Discutir os resultados dos testes com o profissional responsável, consultores e a paciente, conforme apropriado.

Programar testes ou procedimentos adicionais, se necessário.

Limpar o equipamento.

Documentar os achados.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Nursing practice competencies and educational guidelines for limited ultrasound examinations in obstetric and gynecologic/infertility settings. Washington, DC: Author, 1993.

Kohn C.L., Nelson A., Weiner S. Gravidas' responses to realtime ultrasound fetal images. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1980;9(2):77-80.

Lumley J. Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding. *Birth*. 1990;17(4):214-217.

Milne L.S., Rich O.J. Cognitive and affective aspects of the response of pregnant women to sonography. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1981;10(1):15-39.

Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists. NAACOG committee opinion: The nurse's role in ultrasound. Washington, DC: Author, 1991.

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Cuidados com as UNHAS (1680)

Definição: Promoção de unhas limpas, bem cuidadas e atraentes e prevenção de lesões de pele relacionadas ao cuidado inadequado das unhas.

Atividades:

- Monitorar ou auxiliar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente.
 - Monitorar ou auxiliar o corte das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente.
 - Imergir as unhas em água morna, limpar debaixo delas e empurrar as cutículas com o instrumento especial.
 - Umedecer as áreas ao redor das unhas para evitar ressecamento.
 - Monitorar quaisquer mudanças nas unhas.
 - Remover o esmalte das unhas antes de levar o paciente para cirurgia, conforme apropriado.
 - Auxiliar o paciente a aplicar esmalte nas unhas, conforme desejado.
- Primeira edição 1992; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills & techniques, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 2002:145-150.

Titler M.G., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.

Controle da Eliminação URINÁRIA (0590)

Definição: Manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária.

Atividades:

- Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado.
- Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária.
- Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinência.
- Ensinar ao paciente os sinais e os sintomas de infecção do trato urinário.
- Anotar o horário da última eliminação de urina, conforme apropriado.
- Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário, conforme apropriado.
- Inserir sonda vesical, conforme apropriado.
- Obter amostra de urina do jato médio para análise urinária, conforme apropriado.
- Encaminhar o paciente para o médico diante da ocorrência de sinais e sintomas de infecção do trato urinário.
- Ensinar o paciente a obter amostras do jato médio da urina ao primeiro sinal de retorno de sinais e sintomas de infecção.
- Orientar o paciente para reagir imediatamente à urgência de urinar, conforme apropriado.
- Ensinar o paciente a beber 250 mL de líquido às refeições, entre as refeições e no início da noite.
- Auxiliar o paciente a desenvolver uma rotina de uso do vaso sanitário, conforme apropriado.
- Orientar o paciente a esvaziar a bexiga antes de procedimentos relevantes.

Registrar o horário da primeira eliminação de urina após o procedimento, conforme apropriado.

Restringir líquidos sempre que necessário.

Orientar o paciente a monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção do trato urinário.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1254-1290.

Smigielski P.A., Mapel J.R. Bowel and bladder maintenance. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:355-377.

Specht J.P., Maas M.L. Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:252-278.

Cuidados na Incontinência URINÁRIA (0610)

Definição: Auxílio na promoção da continência e na manutenção da integridade da pele do períneo.

Atividades:

Identificar causas multifatoriais de incontinência (p. ex., eliminação urinária, padrão de eliminação de urina, problemas urinários preexistentes, função cognitiva, resíduo pós-eliminação e medicamentos).

Proporcionar privacidade durante a eliminação.

Explicar a etiologia do problema e a justificativa das ações.

Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor.

Discutir os procedimentos e os resultados esperados com o paciente.

Auxiliar a desenvolver/manter um sentimento de esperança.

Modificar as roupas e o ambiente para propiciar acesso fácil ao vaso sanitário.

Auxiliar a selecionar a roupa/absorvente adequado para incontinência no controle de curto prazo, enquanto for planejado um tratamento mais definitivo.

Oferecer roupas protetoras, se necessário.

Higienizar a área da pele dos genitais a intervalos regulares.

Oferecer *feedback* positivo diante de qualquer redução nos episódios de incontinência.

Limitar os líquidos para duas a três horas antes de dormir, conforme apropriado.

Programar a administração de diuréticos de modo a causar impacto mínimo no estilo de vida.

Orientar o paciente/família a registrar a eliminação e o padrão urinário, conforme apropriado.

Orientar o paciente a beber um mínimo de 1.500 mL de líquidos/dia.

Orientar sobre formas de evitar constipação ou impactação fecal.

Limitar a ingestão de irritantes vesicais (p. ex., bebidas com cola, café, chá e chocolate).

Obter uma amostra de urina para cultura e teste de sensibilidade se necessário.

Monitorar a eficiência do tratamento cirúrgico, médico, farmacológico e autoprescrito.

Monitorar hábitos intestinais.

Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1254-1290.

McCormick K.A., Palmer M.N., Urinary incontinence in older adults. Fitzpatrick J.J., Taunton R.L., Jacox A.K., editors. *Annual review of nursing research*. New York: Springer; 1992;10:25-53.

McCormick K.A., Scheve A.A.S., Leahy E. Nursing management of urinary incontinence in geriatric inpatients. *Nursing Clinics of North America*. 1988;23(1):231-264.

National Institutes of Health, Urinary incontinence in adults. *Consensus Department Conference Statement*, MD: Author; 1988;7. (5)

Specht J.P., Maas M.L. Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:252-278.

Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary incontinence in adults. Clinical practice guideline. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1992. AHCPR Pub. No. 92-0038

Cuidados na Incontinência URINÁRIA: enurese (0612)

Definição: Promoção da continência urinária em crianças.

Atividades:

Auxiliar na avaliação diagnóstica (p. ex., exame físico, cistograma, cistoscopia e exames laboratoriais) para descartar causas físicas.

Entrevistar os pais para levantar dados sobre o histórico de treinamento do uso do vaso sanitário, padrão de eliminação urinária, infecções do trato urinário e sensibilidades alimentares.

Determinar a frequência, a duração e as circunstâncias da enurese.

Discutir métodos eficientes e ineficientes dos tratamentos anteriores.

Monitorar o nível de frustração e estresse da família e da criança.

Realizar exame físico.

Discutir técnicas a serem usadas para reduzir a enurese (p. ex., luz noturna, ingestão limitada de líquidos, agendamento de idas noturnas ao banheiro e uso de sistema de alarme).

Estimular a criança a expressar os sentimentos.

Enfatizar os pontos positivos da criança.

Encorajar os pais a demonstrar amor e aceitação em casa para minimizar a ridicularização dos colegas.

Discutir a dinâmica psicossocial da enurese com os pais (p. ex., padrões familiares, ruptura na família, questões de autoestima e características autolimitantes).

Administrar medicamentos, quando adequados, para controle de curto prazo.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Wong D.L. Wong's essentials of pediatric nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2005.

Cuidados na Retenção URINÁRIA (0620)

Definição: Assistência no alívio de distensão vesical.

Atividades:

Fazer um levantamento urinário completo, focalizando a incontinência (p. ex., eliminação de urina, padrão de eliminação de urina, função cognitiva e problemas urinários preexistentes).

Monitorar o uso de agentes não prescritos, com propriedades anticolinérgicas ou alfa-agonistas.

Monitorar os efeitos dos medicamentos prescritos, como bloqueadores do canal de cálcio e anticolinérgicos.

Proporcionar privacidade para a eliminação.

Usar o poder da sugestão, com água corrente ou descarga de vaso sanitário.

Estimular a bexiga reflexa, aplicando frio no abdome, massageando a parte interna da coxa, ou deixando correr água.

Oferecer tempo suficiente para o esvaziamento da bexiga (10 minutos).

Usar aroma de óleo de gautéria na comadre ou urinol.

Realizar a manobra de Credé, se necessário.

Usar técnicas para eliminação urinária.

Inserir sonda vesical, conforme apropriado.

Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário, conforme apropriado.

Orientar quanto a formas de evitar constipação, ou impactação fecal.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Monitorar o grau de distensão vesical por palpação e percussão.

Auxiliar no uso do vaso sanitário a intervalos regulares, conforme apropriado.

Realizar sondagem de alívio devido a resíduo urinário, conforme apropriado.

Implementar sondagem vesical intermitente, conforme apropriado.

Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1254-1290.

Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of nursing*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Treinamento do Hábito URINÁRIO (0600)

Definição: Estabelecimento de um padrão previsível de esvaziamento da bexiga para prevenir incontinência em pessoas com capacidade cognitiva limitada, com incontinência urinária funcional, por pressão ou urgência.

Atividades:

Manter registro específico da continência durante três dias para estabelecer o padrão de eliminação urinária.

Estabelecer o intervalo dos horários iniciais de uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação urinária e na rotina usual (p. ex., comer, levantar-se e retirar-se).

Estabelecer o horário de início e término do programa de uso do vaso sanitário, caso não seja de 24 horas.

Estabelecer o intervalo de uso do vaso sanitário, de preferência, não inferior a duas horas.

Auxiliar o paciente a usar o vaso sanitário e levá-lo a urinar conforme os intervalos prescritos.

Oferecer privacidade para usar o vaso sanitário.

Usar o poder da sugestão (p. ex., água da torneira correndo e descarga no vaso sanitário).

Evitar deixar o paciente no vaso sanitário por mais de cinco minutos.

Reduzir o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora, se houver mais de dois episódios de incontinência em 24 horas.

Manter o intervalo de uso do vaso sanitário, se houver dois ou menos episódios de incontinência em 24 horas.

Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora se o paciente não apresentar episódios de incontinência em 48 horas, até atingir um intervalo ideal de quatro horas.

Discutir o registro diário de continência com a equipe para oferecer reforço e encorajar a adesão ao horário de uso do vaso sanitário.

Manter os horários de uso do vaso sanitário para auxiliar no estabelecimento e na manutenção de um hábito de eliminação urinária.

Oferecer *feedback* positivo ou reforço positivo (p. ex., cinco minutos de conversa social) ao paciente quando ele urinar nos intervalos estabelecidos para uso do vaso sanitário, sem realizar comentários, quando o paciente ficar incontinente.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1254-1290.

Specht J.P., Maas M.L. Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:252-278.

Terapia de VALIDAÇÃO (6670)

Definição: Uso de um método de comunicação terapêutica com pessoas idosas com demência, focalizada mais no conteúdo emocional que no factual.

Atividades:

Determinar o estágio de prejuízo cognitivo do paciente (p. ex., desorientação, confusão de tempo, movimentos repetitivos, ou estágio vegetativo da confusão).

Evitar o uso de estratégias de validação quando a confusão for devida a causas graves, reversíveis, ou quando o paciente está no estágio vegetativo da confusão.

Escutar com empatia.

Evitar corrigir ou contradizer as percepções e experiências do paciente.

Aceitar a realidade do paciente.

Evitar o uso de palavras que expressem „sentimentos”.

Fazer perguntas objetivas que não assustem o paciente (p. ex., Quem? O quê? Onde? Quando? Como?).

Evitar perguntar „Por quê?”.

Refazer os enunciados, repetindo suas palavras mais importantes, ao mesmo tempo atende ao „tempo” dessas palavras.

Manter contato com os olhos, ao mesmo tempo em que reflete o olhar nos olhos do paciente.

Combinar e expressar a emoção do cliente (p. ex., amor, medo, pesar).

Cantar e interagir usando músicas conhecidas do paciente.

Observar e imitar os movimentos corporais.

Usar toque de apoio (toque delicado nas maçãs do rosto, ombro, braço ou mão).

Falar com o paciente, utilizando a linguagem dele, ouvindo com atenção os verbos que o paciente utiliza e utilizando o sentido preferido dele (auditivo, visual, cinestésico).

Conectar o comportamento às necessidades de amor, segurança, atividade e utilidade.

Recordar com o paciente, revisitando o passado.

Auxiliar o paciente a encontrar método familiar de enfrentamento.

Quinta edição 2008.

Leituras Sugeridas:

Day C.R. Validation therapy: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*. 1997;23(4):29-34.

Feil N. The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with Alzheimer's type dementia, 2nd ed. Baltimore: Health Professions

Esclarecimento de VALORES (5480)

Definição: Assistência ao outro para esclarecer seus próprios valores, de modo a facilitar uma tomada de decisão eficiente.

Atividades:

Analisar os aspectos éticos e legais da livre escolha, considerando-se a situação em questão antes de iniciar a intervenção.

Criar uma atmosfera de aceitação, sem julgamentos.

Encorajar o paciente a considerar as questões.

Encorajar o paciente a considerar os valores subjacentes às escolhas e às consequências da escolha.

Usar as perguntas adequadas para auxiliar o paciente a refletir sobre a situação e sobre o que, pessoalmente, tem importância.

Auxiliar o paciente a priorizar valores.

Utilizar folha com a técnica de esclarecimento de valores (registro escrito da situação e perguntas), conforme apropriado.

Fazer perguntas e esclarecimentos que provoquem reflexão e que proporcionem ao paciente algo em que pensar.

Evitar o uso de perguntas cruzadas.

Encorajar o paciente a fazer uma lista do que é e do que não é importante na vida e o tempo gasto para cada atividade.

Encorajar o paciente a listar os valores que orientam o comportamento em vários locais e tipos de situações.

Criar e implementar um plano com o paciente para que ele tente as escolhas.

Avaliar a eficácia do plano com o paciente.

Dar reforço para as ações do plano que ofereçam apoio aos valores do paciente.

Ajudar o paciente a definir alternativas e suas vantagens e desvantagens.

Ajudar o paciente a avaliar como os valores estão de acordo ou em conflito com familiares/pessoas importantes.

Oferecer apoio ao paciente para comunicar os próprios valores às outras pessoas.

Evitar o uso da intervenção com pessoas que apresentem sérios transtornos emocionais.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Clark C.C. *Wellness practitioner: Concepts, research and strategies*, 2nd ed. New York: Springer, 1996.

Craven R.F., Hirnle C.J. *Fundamentals of nursing: Human health and functioning*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Seroka A.M. Values clarification and ethical decision making. *Seminars for Nurse Managers*. 1994;2(1):8-15.

Wilberding J.Z. Values clarification. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B.

Punção VENOSA (4190)

Definição: Inserção de agulha em veia periférica para administração de líquidos, sangue ou medicamentos.

Atividades:

Verificar a prescrição para terapia IV.

Orientar o paciente sobre o procedimento.

Manter técnica asséptica rigorosa.

Identificar se o paciente é alérgico a algum medicamento, iodo ou esparadrapo.

Identificar se o paciente possui distúrbios de coagulação ou está tomando algum medicamento que possa afetar a coagulação.

Solicitar ao paciente que não se movimente durante a venopunção.

Oferecer apoio emocional, conforme apropriado.

Solicitar aos pais que segurem e confortem o filho, conforme apropriado.

Selecionar uma veia adequada para a venopunção.

Puncionar o braço oposto se o paciente possuir fístulas ou desvios arteriovenosos.

Escolher um tipo adequado de agulha com base na proposta e duração esperada do uso.

Escolher agulha de calibre 18, se possível, para administração de sangue em adultos.

Aplicar o garrote de 7 cm a 10 cm acima do local previsto para a punção, conforme apropriado.

Orientar o paciente a manter a extremidade em um nível inferior ao do coração.

Massagear o braço do paciente da extremidade proximal até a distal, conforme apropriado.

Bater levemente na região da punção após a aplicação do garrote, conforme apropriado.

Limpar a região com solução adequada, com base no protocolo da instituição.

Administrar lidocaína a 1% no local da inserção, conforme apropriado.

Inserir a agulha, conforme as instruções do fabricante.

Determinar a colocação correta, observando o aparecimento do sangue no equipo.

Remover o garrote assim que possível.

Prender a agulha com segurança no local, usando fita adesiva.

Conectar a agulha à conexão IV ou ao fecho heparinizado, conforme apropriado.

Aplicar um pequeno curativo transparente sobre o local de inserção IV.

Identificar o curativo no local de inserção IV.

Colocar uma tala no braço, tendo cuidado para não comprometer a circulação, conforme apropriado.

Manter as precauções universais.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Channell S.R. Manual for IV therapy procedures. Oradell, NJ: Medical Economics Books, 1985.

Craven R.F., Hirle C.J. Intravenous therapy. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:575-609.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fluid, electrolyte, and acid-base balance. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1351-1409.

Controle da VENTILAÇÃO Mecânica: invasiva (3300)

Definição: Assistência a paciente que recebe suporte respiratório artificial através de dispositivo inserido na traqueia.

Atividades:

Monitorar as necessidades de suporte ventilatório invasivo (p. ex., fadiga dos músculos respiratórios, disfunção neurológica secundária a trauma, anestesia, *overdose* de drogas, acidose respiratória refratária).

Monitorar insuficiência respiratória iminente.

Consultar outro profissional da saúde para escolher um modo ventilatório (o inicial costuma ter volume controlado, frequência respiratória, FIO₂ e volume corrente especificado).

Obter dados iniciais completos do estado do paciente, e a cada mudança de cuidador.

Iniciar a montagem e a aplicação do ventilador.

Assegurar que os alarmes do ventilador estejam acionados.

Orientar o paciente e a família sobre a justificativa e as sensações esperadas associadas ao uso de ventiladores mecânicos.

Monitorar os parâmetros do ventilador rotineiramente, inclusive temperatura e umidificação do ar inspirado.

Verificar regularmente todas as conexões do ventilador.

Monitorar a redução do volume expirado e o aumento da pressão inspiratória.

Administrar relaxantes musculares, sedativos e analgésicos narcóticos, conforme apropriado.

Monitorar quanto as atividades que aumentem o consumo de O₂ (febre, tremor, convulsões, dor, ou atividades básicas de enfermagem), capazes de ultrapassar os ajustes do ventilador e causar dessaturação de O₂.

Monitorar fatores que aumentem o trabalho respiratório do paciente/ventilador (obesidade mórbida, gravidez, ascite, cabeceira da cama baixa, perfuração do circuito, condensação no circuito do ventilador, filtros obstruídos).

Monitorar sintomas indicativos de aumento do trabalho respiratório (p. ex., aumento da frequência cardíaca ou respiratória, aumento da pressão sanguínea, diaforese, mudanças no estado mental).

Monitorar a eficácia da ventilação mecânica na condição fisiológica e psicológica do paciente.

Iniciar técnicas de relaxamento, conforme apropriado.

Oferecer cuidados para alívio do sofrimento do paciente (p. ex., posicionamento, aspiração traqueobrônquica, terapia broncodilatadora, sedação e/ou analgesia, checagens frequentes do equipamento).

Oferecer ao paciente uma forma de comunicar-se (p. ex., papel e lápis, quadro com letras).

Remover a água condensada dos coletores de água.

Assegurar a troca dos circuitos do ventilador a cada 24 horas.

Usar técnica asséptica em todos os procedimentos de aspiração, conforme apropriado.

Monitorar os dados da pressão ventilatória, a sincronia entre paciente e ventilador e os sons respiratórios do paciente.

Realizar aspiração com base na presença de ruídos respiratórios adventícios e/ou na pressão inspiratória aumentada.

Monitorar as secreções pulmonares quanto à quantidade, cor e consistência, além de documentar as informações com regularidade.

Interromper a dieta nasogástrica durante a aspiração e entre 30 e 60 minutos antes da fisioterapia respiratória.

Silenciar os alarmes do ventilador durante a aspiração para reduzir a frequência de alarmes falsos.

Monitorar o progresso do paciente em relação aos ajustes do ventilador e realizar as mudanças adequadas, conforme orientação.

Monitorar efeitos adversos da ventilação mecânica (p. ex., desvio de traqueia, infecção, barotrauma, débito cardíaco diminuído, distensão gástrica, enfisema subcutâneo).

Monitorar lesões à mucosa em tecido oral, nasal, traqueal ou de laringe devido a pressão decorrente dos côncilos traqueais, pressões elevadas de manguitos ou extubações não planejadas.

Utilizar fixadores comerciais para o tubo endotraqueal em vez de esparadrapo ou tiras, evitando extubações não planejadas.

Posicionar o paciente de modo a facilitar a combinação ventilação/perfusão („pulmão sadio para baixo”), conforme apropriado.

Colaborar com o médico no uso de pressão de suporte ou PEEP, minimizando a hipoventilação alveolar, conforme apropriado.

Colaborar rotineiramente com o médico e o fisioterapeuta, coordenando os cuidados e auxiliando o paciente a tolerar a terapia.

Realizar fisioterapia respiratória, conforme apropriado.

Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes.

Observar rotineiramente informações relativas a critérios de desmame (p. ex., estabilidade hemodinâmica, cerebral e metabólica, solução da condição que levou à intubação, capacidade de manter a via aérea do paciente, capacidade de iniciar o esforço ventilatório).

Providenciar rotineiramente cuidados orais, com chumaços de algodão macios e úmidos, agente antisséptico e aspiração delicada.

Monitorar os efeitos das mudanças no ventilador relativas à oxigenação: resposta subjetiva do paciente quanto a

gasometria, SaO₂, SvO₂, CO₂ expirado, Qsp/Qt, A-aDO₂.

Monitorar espaço motor, capacidade vital, Vd/VT, volume corrente, pressão inspiratória e FFV1 para o desmame ventilatório com base nos protocolos da instituição.

Documentar e justificar todas as mudanças nos parâmetros do ventilador.

Documentar todas as reações do paciente ao ventilador e às mudanças no ventilador (p. ex., observação/ausculta dos sons pulmonares, mudanças radiográficas, mudanças na gasometria arterial).

Monitorar a ocorrência de complicações pós-extubação (p. ex., som de atrito, edema de glote, espasmo de laringe, estenose da traqueia).

Assegurar que o equipamento de emergência esteja sempre presente à cabeceira da cama do paciente (p. ex., bolsa valva máscara conectada ao oxigênio, máscaras, equipamento/materiais de aspiração), inclusive providências na falta de energia elétrica.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24):1-211.

Fenstermacher D., Hong D. Mechanical ventilation: What have we learned? *Critical Care Nursing Quarterly*. 2004;27(3):258-294.

Knipper J.S., Alpen M.A. Ventilatory support. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:531-543.

Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.

Manno M.S. Managing mechanical ventilation. *Nursing 2005*. 2005;35(12):36-42.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004;1.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Controle da VENTILAÇÃO Mecânica: não invasiva (3302)

Definição: Assistência ao paciente que recebe suporte respiratório artificial que não necessita de dispositivo inserido na traqueia.

Atividades:

Monitorar condições indicativas de adequação de suporte ventilatório não invasivo (p. ex., exacerbações agudas de DPOC) asma, edema pulmonar não cardiogênico e cardiogênico, insuficiência respiratória aguda por pneumonia adquirida na comunidade, síndrome da hipoventilação por obesidade, apneia obstrutiva do sono).

Monitorar contraindicações ao suporte ventilatório não invasivo (p. ex., instabilidade hemodinâmica, parada cardiovascular ou respiratória, angina instável, IM agudo, hipoxemia refratária, acidose respiratória grave, nível de consciência diminuído, problemas na fixação/colocação de equipamento não invasivo, trauma facial, incapacidade de cooperar, obesidade mórbida, secreções espessas ou sangramento).

Consultar outro profissional da saúde para escolher um tipo de ventilador não invasivo (p. ex., com pressão limitada [BiPAP], com limite de fluxo e ciclagem de volume, ou CPAP).

Consultar outros profissionais da saúde e o paciente para a escolha do dispositivo não invasivo (p. ex., máscara nasal ou facial, plugues nasais, capacete, dispositivo oral colocado na boca).

Obter dados iniciais completos das condições do paciente, e a cada mudança de cuidador.

Orientar o paciente e a família sobre as razões e as sensações esperadas associadas ao uso de ventiladores e dispositivos mecânicos não invasivos.

Posicionar o paciente na posição semi-Fowler.

Posicionar o dispositivo não invasivo, garantindo bom ajuste e evitando grandes perdas de ar (cuidar, especialmente, em caso de pacientes sem os dentes e com barba).

Aplicar proteção facial, quando necessário, para evitar danos à pele devido à pressão.

Iniciar o ajuste e a aplicação do ventilador.

Observar o paciente continuamente na hora inicial após a aplicação do dispositivo no intuito de avaliar a tolerância.

Assegurar que os alarmes do ventilador estejam acionados.

Monitorar os ajustes do ventilador rotineiramente, inclusive temperatura e umidificação do ar inspirado.

Verificar regularmente todas as conexões do ventilador.

Monitorar a redução do volume exalado e o aumento da pressão inspiratória.

Administrar relaxantes musculares, sedativos e analgésicos narcóticos, conforme apropriado.

Monitorar os eventos que aumentam o consumo de O₂ (febre, tremedeira, convulsões, dor, ou atividades básicas de enfermagem), capazes de ultrapassar os parâmetros do ventilador e causar dessaturação de O₂.

Monitorar o aparecimento de sintomas indicativos de aumento do trabalho respiratório (p. ex., frequência cardíaca ou respiratória aumentada, pressão sanguínea aumentada, diaforese, mudanças no estado mental).

Monitorar a eficácia da ventilação mecânica em relação à condição fisiológica e psicológica do paciente.

Iniciar técnicas de relaxamento, conforme apropriado.

Assegurar diariamente períodos de repouso (p. ex., entre 15 e 30 minutos, a cada quatro a seis horas).

Oferecer cuidados para alívio do sofrimento do paciente (p. ex., posicionamento, tratamento de efeitos adversos, como rinite, garganta seca, ou epistaxe; oferecer sedação e/ou analgesia, checagens frequentes do equipamento, limpeza ou troca do dispositivo não invasivo).

Oferecer ao paciente uma forma de comunicar-se (p. ex., papel e lápis, quadro com letras).

Remover a água condensada dos coletores de água.

Assegurar a troca dos circuitos do ventilador a cada 24 horas.

Usar técnica asséptica, conforme apropriado.

Monitorar a sincronia entre paciente e ventilador e os sons respiratórios do paciente.

Monitorar o progresso do paciente em relação aos parâmetros do ventilador e realizar as mudanças adequadas conforme prescrito.

Monitorar os efeitos adversos da ventilação mecânica (p. ex., irritação dos olhos, lesões da pele, oclusão de via aérea por

deslocamento mandibular pela máscara, dispneia, ansiedade, claustrofobia, distensão gástrica).

Monitorar para danos à mucosa em tecido oral, nasal, traqueal ou de laringe.

Monitorar e documentar regularmente as secreções pulmonares quanto a quantidade, cor e consistência.

Colaborar rotineiramente com o médico e o fisioterapeuta respiratório, coordenando os cuidados e auxiliando o paciente a tolerar a terapia.

Realizar fisioterapia respiratória, conforme apropriado.

Promover ingestão líquida e nutricional adequadas.

Promover investigações de rotina relativas a critérios de desmame (p. ex., solução da condição que levou à intubação, capacidade de manter o esforço ventilatório).

Providenciar rotineiramente cuidados orais, com chumaços de algodão macios e úmidos, agente antisséptico e aspiração delicada.

Documentar e justificar todas as mudanças nos parâmetros do ventilador.

Documentar todas as reações do paciente ao ventilador e às mudanças no ventilador (p. ex., observação/ausculta dos sons respiratórios, mudanças radiográficas, mudanças na gasometria arterial).

Assegurar que o equipamento de emergência esteja sempre presente à cabeceira da cama do paciente (p. ex., bolsa valva máscara conectada ao oxigênio, máscaras, equipamento/materiais de aspiração), inclusive providências na falta de energia elétrica.

Quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.

American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005;112(24):1-211.

Fenstermacher D., Hong D. Mechanical ventilation: What have we learned? *Critical Care Nursing Quarterly*. 2004;27(3):258-294.

Knipper J.S., Alpen M.A. Ventilatory support. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:531-543.

Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.

Manno M.S. Managing mechanical ventilation. *Nursing* 2005. 2005;35(12):36-42.

Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004;1.

Stoltzfus S. The role of noninvasive mechanical ventilation. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2006;25(2):66-70.

Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. *Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Desmame da VENTILAÇÃO Mecânica (3310)

Definição: Assistência para o paciente respirar sem a ajuda de um ventilador mecânico.

Atividades:

Determinar a resposta do paciente para o desmame (p. ex., estabilidade hemodinâmica, condição que exija a solução da ventilação, condição atual excelente para desmame).

Monitorar os parâmetros previstos para o paciente tolerar o desmame com base no protocolo da instituição (p. ex.,

volume corrente, capacidade vital, Vd/VT, esforço inspiratório, FEV1, pressão inspiratória negativa).

Observar o paciente para garantir a inexistência de infecção antes do desmame.

Monitorar a adequação do estado hídrico e eletrolítico.

Colaborar com outros membros da equipe de saúde para otimizar o estado nutricional do paciente, garantindo que 50% da fonte calórica não proteica da dieta sejam compostos mais de gorduras que de carboidratos.

Posicionar o paciente para um uso melhor dos músculos ventilatórios e para otimizar a expansão diafragmática.

Aspirar via aérea conforme necessário.

Realizar fisioterapia respiratória, conforme apropriado.

Consultar outros profissionais de saúde para selecionar um método de desmame.

Iniciar o desmame com tentativas (30 a 120 minutos de respiração espontânea assistida pelo ventilador).

Alternar períodos de tentativas de desmame com períodos suficientes de repouso e sono.

Evitar atrasar o retorno do paciente com fadiga respiratória à ventilação mecânica.

Estabelecer um horário para coordenar outras atividades de cuidado do paciente com as tentativas de desmame.

Promover o melhor uso da energia do paciente, iniciando tentativas de desmame depois que o paciente estiver bem descansado.

Monitorar sinais de fadiga dos músculos respiratórios (p. ex., elevação repentina no PaCO₂, ventilação rápida e superficial, movimento paradoxal da parede abdominal), hipoxemia e hipóxia tissular enquanto o desmame estiver ocorrendo.

Administrar medicamentos que promovam a desobstrução da via aérea e a troca de gases.

Estabelecer com o paciente, metas simples e passíveis de alcance para o desmame.

Usar técnicas de relaxamento, conforme apropriado.

Acompanhar o paciente durante as tentativas difíceis de desmame.

Ajudar o paciente a distinguir respirações espontâneas de respirações realizadas mecanicamente.

Minimizar o trabalho excessivo da respiração que não seja terapêutico reduzindo o espaço morto extra, acrescentando pressão de suporte, administrando broncodilatadores e mantendo a desobstrução das vias aéreas, conforme apropriado.

Evitar sedação farmacológica durante as tentativas de desmame, conforme apropriado.

Providenciar algum jeito para o paciente manter o controle durante o desmame.

Permanecer com o paciente e oferecer apoio durante as primeiras tentativas de desmame.

Orientar o paciente a respeito das mudanças nos parâmetros ventilatórios que aumentam o trabalho respiratório, conforme apropriado.

Oferecer ao paciente reforço positivo e relatos frequentes de seu progresso.

Considerar o uso de métodos alternativos de desmame, conforme determina a reação do paciente ao método atual.

Orientar o paciente e a família sobre o que esperar durante os vários estágios do desmame.

Preparar a alta, com o envolvimento multidisciplinar com o paciente e a família.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

- American Association of Critical Care Nurses. Alspach J.G., editor. Core curriculum for critical care nursing, 6th ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 2006.
- A Collective Task Force Facilitated by the American College of Chest Physicians, the American Association of Respiratory Care and the American College of Critical Care Medicine. Evidenced-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. *Respiratory Care*. 2002;47(1):69-90.
- Evidence-based Practice Center McMaster University. Criteria for weaning from mechanical ventilation. Summary, Evidence report/Technology Assessment: Number 23. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. (Publication No. 00-E028)
- Fenstermacher D., Hong D. Mechanical ventilation: What have we learned? *Critical Care Nursing Quarterly*. 2004;27(3):258-294.
- Lynn-McHale D.J., Carlson K.K. AACN procedure manual for critical care, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
- Manno M.S. Managing mechanical ventilation. *Nursing 2005*. 2005;35(12):36-42.
- Phelan B.A., Cooper D.A., Sangkachand P. Prolonged mechanical ventilation and tracheotomy in the elderly. *AACN Clinical Issue*. 2002;13(1):84-93.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004;1.
- Urden L.D., Stacy K.M., Lough M.E. Thelan's critical care nursing: Diagnosis and management, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Assistência VENTILATÓRIA (3390)

Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo excelente que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões.

Atividades:

Manter desobstruída as vias aéreas.

Posicionar o paciente visando ao alívio da dispneia.

Posicionar o paciente visando facilitar a combinação ventilação/perfusão („pulmão sadio para baixo”), conforme apropriado.

Auxiliar com mudanças frequentes de posição, conforme apropriado.

Posicionar o paciente visando minimizar esforços respiratórios (p. ex., elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar).

Monitorar a ocorrência de efeitos da troca de posição na oxigenação: gasometria arterial, SaO₂, SvO₂, CO₂ expirado, Qsp/Qt, A-aDO₂.

Encorajar a respiração profunda lenta, as viradas e o tossir.

Usar técnicas lúdicas para encorajar a respiração profunda em crianças (p. ex., formação de bolhas com recurso adequado; soprar catavento de papel, assobiar, tocar gaita de boca, encher balões, apitos de festa, realizar competição de sopro com bolas de pingue-pongue, penas etc.).

Auxiliar com o espirômetro de incentivo, conforme apropriado.

Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.

Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios.

Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme a prescrição.

Administrar a medicação para a dor para prevenir hipoventilação.

Estimular o paciente a deambular três a quatro vezes por dia, conforme apropriado.

Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.

Administrar medicamentos (p. ex., broncodilatadores e inaladores) que promovam a desobstrução das vias aéreas e a troca de gases.

Ensinar técnicas de respiração com os lábios franzidos, conforme apropriado.

Ensinar técnicas respiratórias, conforme apropriado.

Iniciar programa de fortalecimento da musculatura respiratória e/ou treinamento de resistência, conforme apropriado.

Iniciar esforços de reanimação, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Carroll P. Caring for ventilator patients. *Nursing* 86. 1986;16(2):34-39.

Craven R.F., Hirnle C.J. Oxygenation: Respiratory function. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:809-864.

Glennon S. Mechanical support of ventilation. In: Kinney M.R., Backa D.R., Dunbar S.B., editors. *AACN's clinical reference for critical-care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1993:828-840.

Lane G.H. Pulmonary therapeutic management. In: Thelan L.A., Davie J.K., Urden L.D., editors. *Textbook of critical care nursing*. St. Louis, MO: Mosby; 1990:444-471.

Nelson D.M. Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):301-324. G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Symposium on nursing interventions

Pillitteri A. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Dizer a VERDADE (5470)

Definição: Uso de toda a verdade, da verdade parcial ou retardo de decisão para promover a autodeterminação e o bem-estar do paciente.

Atividades:

Esclarecer os próprios valores sobre a situação do paciente.

Esclarecer os valores do paciente, da família, da equipe de cuidados de saúde e da instituição sobre a situação em questão.

Esclarecer sua base de conhecimentos e as habilidades de comunicação sobre a situação.

Determinar o desejo e a preferência do paciente pela verdade na situação.

Consultar familiares do paciente antes de contar a verdade, se adequado do ponto de vista cultural.

Indicar as discrepâncias entre as crenças e os comportamentos manifestados pelo paciente, conforme apropriado.

Colaborar com outros provedores de atendimento de saúde quanto à escolha de opções (*i.e.*, dizer toda a verdade, parte da verdade ou retardar a decisão) e a participação necessária deles nas opções.

Determinar os riscos ao paciente e a si mesmo associados a cada opção.

Escolher uma das opções com base na ética da situação e mais favorável ao uso da verdade ou de parte dela.

Estabelecer uma relação de confiança.

Dizer a verdade com sensibilidade, carinho e objetividade.

Dar o tempo necessário para lidar com as consequências da verdade.

Passar a tarefa de contar a outra pessoa se o indivíduo tiver uma comunicação melhor, mais conhecimentos e habilidades para dizer a verdade, ou se tiver mais tempo e habilidades para lidar com as consequências de dizer a verdade.

Preparar o paciente para escutar a verdade, encorajando-o a convidar a família/pessoa importante para estar presente.

Permanecer com o paciente a quem foi dita a verdade e estar preparado para esclarecimentos, oferecimento de apoio e recepção de *feedback*.

Estar fisicamente presente para comunicar carinho e apoio se a decisão de não informar foi tomada.

Optar por retardar a decisão se faltarem informações, conhecimentos e comunicação.

Dar atenção a indicadores verbais e não verbais durante o processo de comunicação.

Monitorar a reação do paciente e da família à interação, inclusive alterações na dor, inquietação, ansiedade, mudança do humor, envolvimento nos cuidados, capacidade de sintetizar novas informações, capacidade de verbalizar os sentimentos e satisfação informada com o atendimento, conforme apropriado.

Documentar as reações do paciente nos vários estágios da intervenção.

Primeira edição 1992; quinta edição revisada 2008.

Leituras Sugeridas:

Collis S.P. The importance of truth-telling in health care. *Nursing Standard*. 2006;20(17):41-45.

Glass E., Cluxton D. Truth-telling: Ethical issues in clinical practice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2004;6(4):232-242.

Hertogh C.M., The B.A., Miesen B.M., Eefsting J.A. Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: An ethnographic study in Dutch nursing homes. *Social Science & Medicine*. 2004;59(8):1685-1693.

Jotkowitz A.B., Clarifield A.M., Glick S. The care of patients with dementia: A modern Jewish ethical perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(5):881-884.

Fuckett A.G. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. *Nursing Ethics*. 2004;11(5):500-513.

Williamson C.B., Livingston D.J. Truth telling. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:151-167.

Wros P.L., Doutrich D., Izumi S. Ethical concerns: Comparison of values from two cultures. *Nursing & Health Sciences*. 2004;6(2):131-140.

Irrigação VESICAL (0550)

Definição: Instilação de solução na bexiga para limpeza ou medicação.

Atividades:

Determinar se a irrigação será contínua ou intermitente.

Observar precauções universais.

Explicar o procedimento ao cliente.

Reunir os materiais esterilizados para a irrigação, mantendo técnica estéril, conforme o protocolo da instituição.

Higienizar com solução antisséptica o local de entrada ou saída do conector em Y.

Instilar o líquido de irrigação, conforme protocolo da instituição.

Monitorar e manter o gotejamento correto da solução, conforme a necessidade.

Registrar a quantidade de líquido instilada, características do líquido, a quantidade que retornou e a reação do paciente, de acordo com o protocolo da instituição.

Segunda edição 1996.

Leituras Sugeridas:

Ellis J.R., Nowlis E.A., Bentz P.M. Modules for basic nursing skills, 4th ed. Boston: Houghton Mifflin, 1988.

Evans-Smith P. Taylor's clinical nursing skills. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Gilbert V., Gobbi M. Making sense of bladder irrigation. *Nursing Times*. 1989;85(16):40-42.

Potter P., Perry A. Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice, 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Reeducação VESICAL (0570)

Definição: Melhora do funcionamento da bexiga para pessoas com incontinência urinária, aumentando a capacidade da bexiga para conter a urina e a capacidade do paciente para interromper o ato urinário.

Atividades:

Determinar a capacidade de reconhecer a urgência para urinar.

Encorajar o paciente a manter uma eliminação urinária diária.

Manter um registro específico da continência durante três dias para estabelecer o padrão urinário.

Ajudar o paciente a identificar padrões de incontinência.

Revisar o ato de eliminação urinária com o paciente.

Estabelecer um intervalo para o programa inicial de uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação.

Estabelecer um horário para iniciar e concluir o programa de uso do sanitário, caso o treinamento não seja concluído em 24 horas.

Estabelecer um intervalo para o uso do vaso sanitário não inferior a uma hora e, de preferência, não superior a duas horas.

Levar o paciente ao vaso sanitário e lembrá-lo de urinar nos intervalos prescritos.

Oferecer privacidade durante o uso do vaso sanitário.

Usar o poder da sugestão (p. ex., abrir torneira ou dar descarga no vaso sanitário) para ajudar o paciente a urinar.

Evitar deixar o paciente no vaso sanitário por mais de cinco minutos.

Reduzir o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando ocorrerem mais de três episódios de incontinência em 24 horas.

Manter o intervalo de uso do vaso sanitário quando três ou menos episódios de incontinência ocorrerem em 24 horas.

Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora quando o paciente não conseguir urinar em dois ou mais momentos programados para uso do vaso sanitário.

Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em uma hora quando o paciente não apresentar episódios de incontinência durante três dias, até ser alcançado um intervalo ideal de quatro horas.

Manifestar confiança de que a incontinência será melhorada.

Ensinar o paciente a conter a urina conscientemente até chegar o momento combinado de uso do vaso sanitário.

Conversar sobre o registro diário de continência com o paciente para oferecer reforço.

Segunda edição 1996; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Smith D.A., Newman D.K. Urinary incontinence: A problem not often assessed or treated. *Focus on Geriatric Care and Rehabilitation*. 1990;3(10):1-9.

Specht J.P., Maas M.L. Urinary incontinence: Functional, iatrogenic, overflow, reflex, stress, total, and urge. In: Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J., editors. *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions*. St. Louis, MO: Mosby; 2001:252-278.

Sondagem VESICAL (0580)

Definição: Inserção de uma sonda na bexiga para drenagem temporária ou permanente de urina.

Atividades:

Explicar o procedimento e as razões da intervenção.

Reunir o equipamento adequado para a sondagem.

Manter técnica asséptica rígida.

Inserir a sonda de demora ou de alívio, conforme apropriado.

Usar a sonda de menor tamanho, conforme apropriado.

Conectar a sonda de demora a uma bolsa de drenagem junto ao leito ou presa à perna.

Prender a sonda à pele, conforme apropriado.

Manter um sistema fechado de drenagem urinária.

Monitorar a ingestão e a eliminação.

Realizar ou ensinar ao paciente higienização de sondagem, conforme apropriado.

Reduzir sondagem residual pós-eliminação, sempre que necessário.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1254-1290.

Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of nursing*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2006.

Sondagem VESICAL: intermitente (0582)

Definição: Uso periódico regular de um cateter para esvaziar a bexiga.

Atividades:

Fazer um levantamento urinário completo, concentrando-se nas causas da incontinência (p. ex., eliminação urinária, padrão de eliminação de urina, função cognitiva, problemas urinários preexistentes).

Ensinar ao paciente/família a finalidade, os materiais, o método e a justificativa da sondagem intermitente.

Ensinar ao paciente/família a técnica da sondagem intermitente.

Monitorar a técnica dos profissionais que realizam a sondagem intermitente creche/escola e documentá-la, conforme a exigência de regulamentos estaduais.

Determinar a prontidão e o desejo da criança de fazer a própria sondagem intermitente.

Orientar a equipe designada sobre a forma de monitorar e oferecer apoio a criança que faz a própria sondagem intermitente na escola.

Proporcionar local privativo para o procedimento.

Oferecer à criança um local privativo na escola para guardar os materiais da sondagem, a serem levados em bolsa escolar ou outra sacola adequada aceito por ela.

Monitorar regularmente o desempenho da criança na própria sondagem e oferecer instrução e apoio contínuos, sempre que necessário.

Demonstrar o procedimento e pedir demonstração de retorno, conforme apropriado.

Reunir o equipamento adequado para a sondagem.

Usar técnica asséptica e higiênica para a sondagem.

Determinar a programação da sondagem, com base numa investigação urinária completa.

Adaptar a frequência da sondagem de modo a manter uma eliminação de 300 ml ou menos para adultos.

Manter o paciente em terapia profilática antibacteriana durante duas a três semanas no início da sondagem intermitente, conforme apropriado.

Realizar análise da urina em um período aproximado de duas semanas a um mês.

Estabelecer um horário de sondagem, com base nas necessidades individuais.

Manter um registro detalhado do horário de sondagem, da ingestão de líquidos e da eliminação.

Ensinar ao paciente/família os sinais e sintomas de infecção do trato urinário.

Monitorar cor, odor e transparência da urina.

Primeira edição 1992; segunda edição revisada 1996; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:1063-1100.

Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Urinary elimination. In *Fundamentals of nursing: Concepts, processes, and practice*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2004:1254-1290.

Smigielski P.A., Mapel J.R. Bowel and bladder maintenance. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:355-377.

Specht J.P., Maas M.L., Willett S., Myers N. Intermittent catheterization. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:61-72.

VESTIR (1630)

Definição: Escolha, colocação e retirada de roupas em pessoa que não consegue fazê-lo sozinha.

Atividades:

Identificar áreas em que o paciente precisa de auxílio para vestir-se.

Monitorar a capacidade do paciente para vestir.

Vestir o paciente após realização da higiene pessoal.

Estimular a participação na escolha das roupas.

Estimular o uso de dispositivos de autocuidado, conforme apropriado.

Vestir primeiro a extremidade afetada, conforme apropriado.

Vestir roupas que não limitem os movimentos do corpo, conforme apropriado.

Vestir suas próprias roupas, conforme apropriado.

Trocar a roupa do paciente à hora de dormir.

Selecionar sapatos/chinelos que facilitem a deambulação e que ofereçam segurança.

Providenciar a lavagem das roupas, se necessário.

Auxiliar até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir a responsabilidade pelo ato de vestir-se.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

Craven R.F., Hirnle C.J. Self-care hygiene. In *Fundamentals of nursing: Human health and function*, 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins; 2003:703-752.

Engleman K.K., Mathews R.M., Altus D.E. Restoring dressing independence in persons with Alzheimer's disease: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's*

Aspiração de VIAS AÉREAS (3160)

Definição: Remoção de secreções das vias aéreas por meio de inserção de cateter de aspiração na via oral aérea e/ou traqueal do paciente.

Atividades:

Determinar a necessidade de aspiração oral e/ou endotraqueal.

Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração.

Informar o paciente e a família sobre a aspiração.

Aspirar a nasofaringe com seringa ou dispositivo de aspiração, conforme apropriado.

Oferecer sedação, conforme apropriado.

Usar precauções universais, luvas, óculos de proteção e máscara, conforme apropriado.

Inserir dispositivo nasal para facilitar a aspiração nasotraqueal, conforme apropriado.

Orientar o paciente a fazer várias respirações profundas antes da aspiração nasotraqueal e usar oxigênio suplementar, conforme apropriado.

Hiperoxigenar com oxigênio a 100% usando ventilador ou bolsa de reanimação manual.

Hiperinflar 1 a 1,5 vez o volume corrente prefixado usando ventilador mecânico, conforme apropriado.

Usar equipamento descartável esterilizado para cada procedimento de aspiração traqueal.

Selecionar um cateter de aspiração que tenha metade do diâmetro interno do tubo endotraqueal, da cânula de traqueostomia ou via aérea do paciente.

Orientar o paciente para respirar lenta e profundamente, durante a inserção do cateter de aspiração, através da via nasotraqueal.

Deixar o paciente conectado ao ventilador durante a aspiração caso esteja usando um sistema de aspiração nasotraqueal fechado ou um adaptador para administrar oxigênio.

Usar a menor pressão de aspiração de parede necessária para remover secreções (p. ex., de 80 a 100 mm Hg para adultos).

Monitorar a condição de oxigenação do paciente (níveis de SaO₂) e a condição hemodinâmica (nível PAM e ritmos cardíacos) imediatamente antes, durante e após a aspiração.

Embasar a duração de cada aspiração traqueal na necessidade de remover secreções e na resposta do paciente.

Hiperventilar e hiperoxigenar a cada passagem do cateter de aspiração traqueal e ao final da aspiração.

Aspirar a orofaringe após conclusão da aspiração traqueal.

Limpar a área em torno do estoma traqueal depois da conclusão da aspiração traqueal, conforme apropriado.

Interromper a aspiração traqueal e oferecer oxigênio suplementar se o paciente apresentar bradicardia, aumento na ectopia ventricular e/ou dessaturação.

Variar as técnicas de aspiração com base na reação clínica do paciente.

Observar o tipo e a quantidade das secreções obtidas.

Enviar as secreções para cultura e testes de sensibilidade, conforme apropriado.

Orientar o paciente e/ou família sobre como fazer aspiração de via aérea, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Barnes C., Kirchoff K.T. Minimizing hypoxemia due to endotracheal suctioning: A review of the literature. *Heart & Lung*. 1986;15(2):164-176.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:825-827.

Evans-Smith P. Taylor's clinical nursing skills. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Nelson D.M. Interventions related to respiratory care. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):301-324. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Stone K., Turner B. Endotracheal suctioning. *Annual Review of Nursing Research*. 1988;7:27-49.

Stone K.S., Preusser B.A., Groch K.F., Karl J.I., Gronyon D.S. The effect of lung hyperinflation and endotracheal suctioning on cardiopulmonary hemodynamics. *Nursing Research*. 1991;40(2):76-79.

Titler M.G., Jones G. Airway management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:512-530.

Controle de VIAS AÉREAS (3140)

Definição: Facilitação da desobstrução das passagens de ar.

Atividades:

Abrir a via aérea usando a técnica de elevação do queixo ou manobra de elevação da mandíbula, conforme apropriado.

Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório.

Identificar paciente que necessite de inserção real/potencial de via aérea artificial.

Inserir via aérea artificial nasofaríngea ou oral, conforme apropriado.

Realizar fisioterapia do tórax, conforme apropriado.

Remover secreções estimulando a tosse ou aspirando.

Encorajar respiração lenta e profunda, mudança de posição e tosse.

Usar técnicas lúdicas para estimular a respiração profunda em crianças (p. ex., soprar bolhas de sabão com canudo; soprar apito, gaita de boca, balões, língua de sogra; fazer competição de sopro usando bolas de pingue-pongue, penas de ave).

Orientar o paciente sobre como tossir de forma eficiente.

Auxiliar com espirômetro de incentivo, conforme apropriado.

Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de ruídos adventícios.

Realizar aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado.

Administrar broncodilatadores, conforme apropriado.

Ensinar o paciente a usar inaladores prescritos, conforme apropriado.

Administrar tratamentos com aerossol, conforme apropriado.

Administrar tratamentos com nebulizador ultrassônico, conforme apropriado.

Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme apropriado.

Remover corpos estranhos com fórceps McGill, conforme apropriado.

Regular a ingestão de líquidos para otimizar o equilíbrio hídrico.

Posicionar o paciente para aliviar dispneia.

Monitorar a condição respiratória e a oxigenação, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000; quarta edição revisada 2004.

Leituras Sugeridas:

American Association of Critical-Care Nurses. Core curriculum for critical care nursing, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998.

Perry A.G., Potter P.A. Clinical nursing skills and techniques, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002.

Racht E.M. 10 pitfalls in airway management: How to avoid common airway management complications. *Jems: Journal of Emergency Medical Services*. 2002;27(3):28-34. 36-38, 40-42

Controle de VIAS AÉREAS Artificiais (3180)

Definição: Manutenção de tubos endotraqueais e de traqueostomia e prevenção de complicações associadas ao seu uso.

Atividades:

Instalar dispositivo na via aérea orofaríngea para evitar mordida no tubo endotraqueal, conforme apropriado.

Providenciar umidificação a 100% do gás/ar inspirado.

Oferecer hidratação sistêmica adequada por via oral ou administração intravenosa de líquidos.

Inflar o balonete do tubo endotraqueal/traqueostômico com técnica de volume mínimo oclusivo ou técnica de vazamento mínimo.

Manter a inflação do balonete do tubo endotraqueal/traqueostômico entre 15 e 20 mm Hg durante ventilação mecânica e durante e após a alimentação.

Aspirar a orofaringe e as secreções da porção superior do balonete do tubo antes de desinflá-lo.

Monitorar as pressões do balonete a cada quatro a oito horas durante a expiração usando seringa graduada, adaptador de três vias e manômetro de mercúrio.

Verificar a pressão do balonete imediatamente após a realização de qualquer anestesia geral.

Trocar a fixação do tubo endotraqueal a cada 24 horas, examinar a pele e a mucosa oral e movimentar o tubo

endotraqueal para o outro lado da boca.

Afrouxar os fixadores do tubo endotraqueal pelo menos uma vez ao dia e oferecer cuidados à pele.

Auscultar sons pulmonares bilateralmente após a inserção e após a troca da fixação do tubo endotraqueal/traqueostomia.

Observar a marca em centímetros de referência feita no tubo endotraqueal para monitorar possível deslocamento.

Utilizar radiografias, se necessário, para monitorar a posição do tubo.

Minimizar a elevação e a tração sobre a via aérea artificial prendendo o circuito ventilatório em suportes sobre a cabeça, usando bases e suportes giratórios flexíveis para o circuito e imobilizando o tubo durante as mudanças de decúbito, aspiração, desconexão e reconexão do ventilador.

Monitorar a presença de crepitações e roncos nas vias aéreas superiores.

Monitorar a redução do volume expirado e o aumento na pressão inspiratória em pacientes que recebem ventilação mecânica.

Instituir aspiração endotraqueal, conforme apropriado.

Instituir medidas para prevenir extubação espontânea: fixar a via aérea artificial com esparadrapo/tiras; administrar sedação e curarizante, conforme apropriado, e usar imobilizadores nos braços, conforme apropriado.

Providenciar equipamento adicional para intubação e ambu em local de fácil acesso.

Cuidar da traqueia a cada quatro a oito horas, conforme apropriado: limpar a cânula interna, limpar e secar a área em torno do estoma e trocar a fixação da traqueostomia.

Examinar a pele ao redor do estoma traqueal observando secreções, vermelhidão e irritação.

Manter técnica asséptica ao aspirar e cuidar da traqueostomia.

Proteger a traqueostomia da água.

Cuidar da boca e aspirar a orofaringe, conforme apropriado.

Fixar o obturador da traqueostomia à cabeceira da cama.

Fixar a segunda cânula de traqueostomia (de mesmo tipo e tamanho) e a guia à cabeceira da cama.

Instituir fisioterapia torácica, conforme apropriado.

Assegurar que o balonete do tubo endotraqueal/da traqueostomia esteja inflado durante as refeições, conforme apropriado.

Elevar a cabeceira da cama ou auxiliar o paciente a sentar em cadeira durante as refeições, conforme apropriado.

Adicionar corante as alimentações enterais, conforme apropriado.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Boggs R.L., Woolridge-Kim M. AACN procedural manual for critical care, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Craven R.F., Hirnle C.J. Fundamentals of nursing: Human health and function, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:819-824.

Goodnough S.K.C. Reducing tracheal injury and aspiration. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1988;7(6):324-331.

Inserção e Estabilização de VIAS AÉREAS Artificiais (3120)

Definição: Inserção ou assistência na inserção e estabilização de vias aéreas artificiais.

Atividades:

Selecionar o lado correto e o tipo de via aérea orofaríngea ou nasofaríngea.

Inserir via aérea artificial na oro/nasofaringe garantindo que alcance a base da língua, oferecendo a ela apoio na posição projetada para frente.

Fixar a via aérea artificial oro/nasofaríngea no local adequado.

Monitorar dispneia, ronco ou sibilos inspiratórios quando a via aérea artificial oro/nasofaringe estiver inserida.

Mudar diariamente o local de fixação da via aérea oro/nasofaríngea e examinar a mucosa.

Inserir obturador esofágico conforme apropriado.

Auscultar sons respiratórios bilaterais antes de inflar o balonete do obturador esofágico.

Colaborar com o médico na escolha do tamanho e o tipo adequado de tubo endotraqueal ou da cânula de traqueostomia.

Selecionar vias aéreas artificiais com volume elevado e baixa pressão de balonete.

Limitar a inserção de tubos endotraqueais (TET) e traqueostomias a profissionais qualificados e com credenciais.

Encorajar os médicos a colocarem tubos (TET) pela via orofaríngea, conforme apropriado.

Auxiliar na inserção de tubo endotraqueal reunindo o equipamento de intubação e de emergência necessário, posicionando o paciente, administrando medicamentos conforme ordenado e monitorando o paciente quanto a complicações na inserção.

Auxiliar em traqueostomia de emergência montando o equipamento de suporte apropriado, administrando medicamentos, providenciando ambiente asséptico e monitorando as mudanças na condição do paciente.

Orientar paciente e familiares sobre procedimento de entubação.

Auscultar o tórax após intubação.

Inflar o balonete endotraqueal/traqueostomia usando técnica de volume oclusivo mínimo, ou técnica de vazamento mínimo.

Fixar o tubo endotraqueal/traqueostomia com esparadrapo, ou outra fita adesiva especial, disponível.

Marcar o tubo endotraqueal na posição dos lábios ou das narinas com marcas em centímetros e documentar.

Verificar a colocação do tubo com radiografia torácica, garantindo a canulação da traqueia 2 a 4 cm acima da carina.

Minimizar a elevação e a tração da via aérea artificial fixando o circuito ventilatório do ventilador em suportes de base, giratórios e flexíveis, de modo a apoiar o tubo nas mudanças de decúbito, aspiração, desconexão e reconexão do ventilador.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Evans-Smith P. Taylor's clinical nursing skills. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Heffner J.E. Airway management in the critically ill patient. *Critical Care Clinics*. 1990;6(3):533-550.

Odum J.L. Airway emergencies in the post anesthesia care unit. *Nursing Clinics of North America*. 1993;28(3):483-493. K.L Saleh & V Binsko (Eds.)

Thelan L.A., Urden L.D. Critical care nursing: Diagnosis and management, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1998.

Titler M.G., Jones G. Airway management. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992:512-530.

Waugaman W.R., Foster S.D., Rigor B.M. Principles and practice of nurse anesthesia. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1992.

Promoção de VÍNCULO (6710)

Definição: Facilitação do desenvolvimento da relação entre os pais e o bebê.

Atividades:

Discutir a reação dos pais à gravidez.

Determinar a imagem que a mãe faz do filho que ainda não nasceu.

Averiguar antes do nascimento se os pais têm nomes escolhidos para ambos os sexos.

Dar oportunidade para os pais escutarem os batimentos cardíacos fetais o mais cedo possível.

Discutir a reação dos pais ao ouvirem os sons cardíacos fetais.

Dar oportunidade para os pais visualizarem a imagem do feto por ultrassom.

Identificar partes do corpo do bebê na imagem com ultrassom.

Discutir a reação dos pais diante da visão da imagem do bebê por meio do ultrassom.

Encorajar os pais a observarem o movimento fetal.

Discutir a reação dos pais aos movimentos fetais.

Encorajar os pais a frequentarem aulas de pré-natal.

Encorajar o pai/pessoa importante a participar do trabalho de parto e nascimento.

Auxiliar o pai/pessoa importante durante a participação no trabalho de parto e nascimento.

Colocar o bebê sobre o corpo da mãe logo após o nascimento.

Encorajar a mãe a segurar, tocar e examinar o bebê enquanto o cordão umbilical está sendo cortado.

Dar oportunidade para o pai segurar o recém-nascido na área do nascimento.

Oferecer alívio da dor para a mãe.

Dar oportunidade para os pais verem, segurarem e examinarem o recém-nascido logo após o nascimento.

Encorajar os pais a segurarem o bebê junto ao corpo.

Partilhar com os pais informações obtidas na investigação física inicial do recém-nascido.

Informar os pais sobre os cuidados realizados ao recém-nascido.

Manter o bebê com os pais após o nascimento, quando possível.

Oferecer privacidade à família durante a interação inicial com o bebê.

Encorajar os pais a tocarem e falarem com o recém-nascido.

Auxiliar os pais a participarem dos cuidados do bebê.

Encorajar os pais a identificarem características familiares observadas no recém-nascido.

Encorajar os pais a massagearem o bebê.

Reforçar contato com os olhos do bebê.

Reforçar comportamentos do papel de cuidador.

Oferecer assistência no autocuidado para maximizar o foco no bebê.

Oferecer alojamento conjunto nos hospitais.

Encorajar os pais a trazerem brinquedos ou roupas para o recém-nascido.

Auxiliar os pais a planejarem a alta o mais cedo possível.

Telefonar aos pais para determinar como a família está enfrentando a transição para o ambiente doméstico.

Encaminhar para cuidados de acompanhamento, quando apropriado.

Explicar o equipamento usado para monitorar o bebê no berçário.

Encorajar os pais a visitarem o bebê no berçário.

Demonstrar formas de tocar o bebê que está confinado à incubadora.

Colocar fotos da família na incubadora para que o bebê consiga „ver” a família.

Encorajar os pais a trazerem itens pessoais, como brinquedo ou foto, para colocar na incubadora ou na mesinha de cabeceira do bebê.

Dar oportunidade para os pais segurarem e cuidarem do bebê enquanto ele estiver no berçário.

Encorajar os pais a verem e tocarem o recém-nascido antes de transportá-lo.

Tirar foto com câmera digital do bebê para deixar com a mãe antes do transporte do filho para outro hospital.

Encorajar os pais a acompanharem o bebê transferido para outro hospital.

Informar os pais sobre o atendimento que está sendo dado ao bebê no outro hospital.

Informar os pais sobre características comportamentais exibidas pelo bebê enquanto atendido em outro hospital.

Oferecer aos pais a impressão digital dos pés do bebê para orientar quanto ao tamanho do mesmo.

Discutir com os pais características comportamentais do bebê.

Apontar aos pais as mudanças na condição do bebê.

Auxiliar os pais a planejarem o cuidado do bebê durante estado de alerta.

Apontar aos pais os indícios de que o bebê mostra reação a eles.

Orientar os pais sobre sinais de estimulação excessiva.

Reforçar os aspectos normais do bebê que tenha algum defeito.

Oferecer aos pais mecha do cabelo do bebê que teve os cabelos raspados para terapia IV.

Primeira edição 1992.

Leituras Sugeridas:

Denehy J.A. Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America*. 1992;27(2):425-444. G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions*

Klossner N.J., Hatfield N. Introductory maternity and pediatric nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006;283-284.

Pressler J.L. Promoting attachment. In: Craft M.J., Denehy J.A., editors. *Nursing interventions for infants and children*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990:4-17.

Wong D.L., Wilson D. Whaley & Wong's nursing care of infants and children, 5th ed., St. Louis, MO: Mosby; 1995:324-328.

Facilitação da VISITA (7560)

Definição: Promoção de visitas benéficas da família e amigos.

Atividades:

Determinar as preferências do paciente quanto a visitas e liberação de informações.

Analisar as implicações éticas e legais quanto a direitos do paciente e da família à visita e a informações.

Determinar a necessidade de limitar as visitas para que não haja excesso de visitantes, paciente impaciente ou cansado ou condição física comprometida.

Determinar a necessidade de mais visitas da família e dos amigos.

Identificar problemas específicos com as visitas.

Estabelecer políticas de visita flexíveis e centradas no paciente, conforme apropriado.

Preparar o ambiente para a visita.

Discutir com familiares/pessoas importantes a política de visita.

Discutir com familiares/pessoas importantes a política de permanência durante a noite.

Discutir a compreensão da família quanto à condição do paciente.

Negociar as responsabilidades e as atividades da família/pessoas importantes quanto ao auxílio ao paciente (p. ex., alimentação).

Estabelecer horários ideais para visita da família/pessoas importantes.

Explicar os motivos para limitação do horário de visita.

Avaliar periodicamente, com a família e o paciente, se os horários de visitas estão atendendo às necessidades do paciente/família, e revisá-los, se necessário.

Informar as visitas, inclusive as crianças, do que podem encontrar e escutar, antes de sua primeira visita hospitalar, conforme apropriado.

Explicar o procedimento adotado.

Encorajar os familiares a usar o toque, bem como a comunicação verbal, conforme apropriado.

Providenciar uma cadeira junto ao leito.

Ser flexível com as visitas ao mesmo tempo que são preservados os períodos de descanso.

Monitorar a resposta do paciente às visitas da família.

Observar os indicadores verbais e não verbais do paciente em relação às visitas.

Facilitar as visitas das crianças, conforme apropriado.

Encorajar o uso do telefone para manter contato com pessoas importantes, conforme apropriado.

Examinar as visitas, especialmente crianças, quanto a doenças transmissíveis antes da visita.

Esclarecer dúvidas que algum membro da família tenha tido durante a visita.

Oferecer suporte e cuidados aos familiares após a visita, sempre que necessário.

Dar à família o telefone da unidade para telefonar quando fora do hospital.

Informar à família que um enfermeiro telefonará caso ocorra alguma mudança significativa no estado do paciente.

Providenciar acomodação para parentes passarem a noite próximos à unidade, conforme apropriado.

Auxiliar os familiares a encontrar alojamento e refeições adequados.

Informar a família sobre a legislação que lhes confere o direito à ausência no trabalho sem direito à remuneração, conforme legislação trabalhista vigente.

Responder às perguntas e oferecer explicações sobre os cuidados usando termos que as visitas possam compreender.

Transmitir sentimentos de aceitação das visitas.

Facilitar reunião/consulta com o médico ou outros provedores.

Fazer perguntas às visitas, inclusive às crianças, após a visita.

Auxiliar os pais a planejar suporte contínuo aos filhos após a visita.

Providenciar a visita de animais, conforme apropriado.

Primeira edição 1992; terceira edição revisada 2000.

Leituras Sugeridas:

- Daly J.M. Visitation facilitation. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999.
- Halm M. The effect of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung*. 1990;19(1):62-71.
- Kleiber C., Davenport T., Freyenberger B. Open bedside rounds for families with children in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*. 2006;15(5):492-496.
- Kleiber C., Montgomery L.A., Craft-Rosenberg M. Information needs of the siblings of critically ill children. *Children's Health Care*. 1995;24:47-60.
- Krapohl G.L. Visiting hours in the adult intensive care unit: Using research to develop a system that works. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1995;14(5):245-258.
- Lazure L.L.A. Strategies to increase patient control of visiting. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 1997;16(1):11-19.
- Montgomery L.A., Kleiber C., Nicholson A., Craft-Rosenberg M. A research-based sibling visitation program for the neonatal ICU. *Critical Care Nurse*. 1997;17(2):29-40.
- Sims J.M., Miracle V.A. A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimensions in Critical Care Nursing*. 2006;25(4):175-181.
- Titler M.G., Cohen M.Z., Craft M.J. Impact of critical hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart & Lung*. 1991;20(2):174-181.

Controle do VÔMITO (1570)

Definição: Prevenção e alívio do vômito.

Atividades:

Levantar dados sobre a cor, consistência, presença de sangue, horários e extensão em que é sentido o vômito.

Medir ou calcular o volume do vômito.

Sugerir carregar sempre saco plástico para conter o vômito.

Determinar a frequência e duração do vômito usando escalas como a Escala Descritiva de Duke e o Formulário 2 do Rhodes de Náusea e Vômito (INV).

Obter histórico completo no pré-tratamento.

Obter histórico alimentar com as preferências alimentares, pessoais e culturais.

Identificar os fatores (p. ex., medicamentos e procedimentos) que possam causar ou contribuir para o vômito.

Assegurar que drogas antieméticas eficientes sejam dadas para prevenir o vômito, quando possível.

Controlar os fatores ambientais capazes de evocar o vômito (p. ex., odores, sons e estímulos visuais desagradáveis).

Reduzir ou eliminar fatores pessoais que precipitem ou aumentem o vômito (ansiedade, medo e falta de conhecimentos).

Posicionar para prevenir aspiração.

Manter via aérea oral permeável.

Oferecer apoio físico durante o vômito (p. ex., auxiliar a pessoa a inclinar-se ou apoiar a cabeça).

Oferecer conforto (como pano molhado na testa, esponja passada no rosto ou roupas limpas e secas) durante o episódio do vômito.

Demonstrar aceitação do vômito e cooperar com a pessoa para selecionar uma estratégia para seu controle.

Promover higiene oral para limpar a boca e o nariz.

Fazer a limpeza após o episódio do vômito, com atenção especial à remoção de odores.

Aguardar, pelo menos, 30 minutos após o episódio do vômito antes de oferecer mais líquidos ao paciente (pressupondo trato gastrointestinal e peristaltismo normal).

Oferecer líquidos transparentes e sem carbonato.

Aumentar, de forma gradativa, os líquidos, caso não ocorra vômito durante 30 minutos.

Monitorar a ocorrência de danos ao esôfago e faringe posterior quando o vômito e a ânsia de vômito forem prolongados.

Monitorar o equilíbrio hídrico e eletrolítico.

Encorajar o repouso.

Usar suplementos nutricionais se necessário para manter o peso corporal.

Pesar o paciente regularmente.

Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p. ex., *biofeedback*, hipnose, relaxamento, imagens orientadas, musicoterapia, recreação, acupressão) para controlar o vômito.

Encorajar o uso de técnicas não farmacológicas, acompanhadas de outras medidas de controle do vômito.

Informar outros profissionais de cuidados de saúde e familiares sobre estratégias não farmacológicas que estejam sendo utilizados pelo paciente.

Auxiliar o paciente e a família a buscar e a oferecer apoio.

Monitorar os efeitos do controle do vômito durante todo o processo.

Terceira edição 2000.

Leituras Sugeridas:

Fessele K.S. Managing the multiple causes of nausea and vomiting in the patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1996;23(9):1409-1417.

Hogan C.M. Advances in the management of nausea and vomiting. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(2):475-497.

Larson P., Halliburton P., DiJulio J. Nausea, vomiting, and retching. In: Carrier-Kohlman V., Lindsey A.M., West C.M., editors. *Pathophysiological phenomena in nursing human responses to illness*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Rhodes V.A. Nausea, vomiting, and retching. *Nursing Clinics of North America*. 1990;25(4):885-900.

Smeltzer S.C., Bare B.G., Oncology: Nursing management in cancer care. 10th ed. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004;1:315-368.

PARTE QUATRO
Intervenções Essenciais para Áreas de Especialidades de
Enfermagem

Intervenções Essenciais para as Áreas de Especialidades de Enfermagem

Nesta seção, listamos em ordem alfabética as intervenções essenciais para 45 áreas de especialidades. Intervenções essenciais são aquelas referentes a um conjunto limitado de intervenções centrais e central, que define a natureza de uma especialidade. Ao ler uma lista de intervenções essenciais o indivíduo deve ser capaz de determinar a área da especialidade correspondente. O conjunto de intervenções essenciais não inclui todas as intervenções utilizadas pelos enfermeiros em uma determinada especialidade, mas, ao invés disso, inclui as intervenções que são utilizadas com mais frequência, as que são utilizadas de forma predominante ou as que são essenciais para o papel do enfermeiro especialista.

Estas listas de intervenções essenciais resultaram de uma pesquisa realizada entre 1995 e 1996. O trabalho de pesquisa e uma lista inicial de intervenções essenciais para 39 áreas de especialidade foram publicados na terceira edição da *Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Os resultados da pesquisa também foram publicados em um artigo: McCloskey, J. C., Bulechek, G., Donahue, W. (1998). Nursing interventions core to specialty practice, *Nursing Outlook*, 46(2), 67-76. Na quarta edição foram adicionadas quatro especialidades novas, bem como atualizações contendo as novas intervenções.

Para esta quinta edição, as listagens essenciais da quarta edição foram atualizadas para incluir novas intervenções na quinta edição, e também houve a adição de mais duas especialidades: Enfermagem Forense e Enfermagem de Assistência Ao Fim da Vida. A lista completa de 45 especialidades com suas respectivas intervenções de assistência é a seguinte:

1. Enfermagem Ambulatorial
2. Enfermagem Corretiva
3. Enfermagem de Cuidados Paliativos
4. Enfermagem de Cuidados Críticos
5. Enfermagem de Bordo
6. Enfermagem Dermatológica
7. Enfermagem do Controle da Dor
8. Enfermagem em Neurociências
9. Enfermagem em Oncologia Pediátrica
10. Enfermagem em Saúde Ocupacional
11. Enfermagem na Emergência
12. Enfermagem Endovenosa
13. Enfermagem Escolar
14. Enfermagem Forense

15. Enfermagem Gastroenterológica
16. Enfermagem Genética
17. Enfermagem Gerontológica
18. Enfermagem Holística
19. Enfermagem Médico-Cirúrgica
20. Enfermagem na Anestesia
21. Enfermagem na Dependência
22. Enfermagem na Dependência Química
23. Enfermagem na Incapacidade Desenvolvimental
24. Enfermagem na Lesão da Coluna Espinhal
25. Enfermagem na Psiquiatria da Criança e do Adolescente
26. Enfermagem na Reabilitação
27. Enfermagem na Saúde da Mulher
28. Enfermagem na Saúde Escolar
29. Enfermagem na Saúde Pública e Comunitária
30. Enfermagem Nefrológica
31. Enfermagem Neonatal
32. Enfermagem no Controle à Infecção e na Epidemiologia
33. Enfermagem no Parto
34. Enfermagem Obstétrica
35. Enfermagem Oftálmica
36. Enfermagem Oncológica
37. Enfermagem Ortopédica
38. Enfermagem Otorrinolaringológica e de Cabeça/Pescoço
39. Enfermagem Paroquial
40. Enfermagem Pediátrica
41. Enfermagem Perioperatória
42. Enfermagem Psiquiátrica/de Saúde Mental

43. Enfermagem Radiológica

44. Enfermagem Urológica

45. Enfermagem Vascular

A identificação das intervenções essenciais para as especialidade representa a primeira etapa no processo de comunicação da natureza da enfermagem em diferentes áreas da prática. A listagem de intervenções essenciais por áreas de especialidades da prática é muito útil no desenvolvimento de sistemas de informação de enfermagem, programas de educação para a equipe de enfermagem, avaliação de competência, redes de encaminhamento, exames para certificação e licenciamento, currículo escolar de enfermagem, pesquisas e construção de teoria. Encorajamos os membros das organizações de especialidades interessados na realização de bancos de dados clínicos a utilizarem as intervenções contidas na NIC, de forma que os enfermeiros possam alcançar os benefícios inerentes à linguagem padronizada. É sempre bem-vinda a apresentação de novas intervenções à medida que as necessidades vão sendo identificadas pelos usuários.

Enfermagem Ambulatorial

- Acompanhamento por Telefone
- Aconselhamento Nutricional
- Administração de Medicamentos: intradérmica
- Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)
- Administração de Medicamentos: endovenosa (IV)
- Administração de Medicamentos: oral
- Amostra de Sangue Capilar
- Apoio Emocional
- Apoio ao Médico
- Apoio à Tomada de Decisão
- Assistência em Exames
- Controle de Imunização/Vacinação
- Delegação
- Documentação
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: dieta prescrita
- Ensino: indivíduo
- Ensino: medicamentos prescritos

- Ensino: procedimento/tratamento
- Ensino: processo da doença
- Identificação de Risco
- Melhora da Educação em Saúde
- Modificação do Comportamento
- Monitoração de Sinais Vitais
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Redução da Ansiedade
- Supervisão de Funcionários
- Reconciliação de Medicamentos
- Testes Laboratoriais à Beira do Leito
- Transporte: inter-hospitalar
- Triagem: centro de emergência
- Triagem: catástrofe
- Triagem: telefone

Enfermagem Corretiva

- Aconselhamento
- Administração de Medicamentos
- Apoio Emocional
- Avaliação da Saúde
- Construção de Relação Complexa
- Contrato com o Paciente
- Controle da Nutrição
- Controle de Medicamentos
- Controle do Ambiente: prevenção de violência
- Cuidados com Lesões
- Cuidados de Emergência
- Desenvolvimento de Programa de Saúde
- Encaminhamento

- Ensino: grupo
- Ensino: indivíduo
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: sexo seguro
- Escutar Ativamente
- Estabelecimento de Limites
- Facilitação do Processo de Perdão
- Humor
- Intermediação Cultural
- Melhora do Enfrentamento
- Monitoração de Políticas de Saúde
- Presença
- Prevenção do Uso de Drogas
- Prevenção do Suicídio
- Primeiros Socorros
- Promoção da Integridade Familiar
- Promoção de Esperança
- Proteção contra Riscos Ambientais
- Restrição de Área
- Supervisão
- Supervisão da Pele
- Supervisão: Segurança
- Tratamento do Uso de Drogas
- Tratamento do Uso de Drogas: overdose
- Tratamento do Uso de Drogas: abstinência de álcool
- Tratamento do Uso de Drogas: abstinência
- Troca de Informação sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem de Cuidados Paliativos

- Administração de Analgésicos

- Apoio à Tomada de Decisão
- Apoio ao Cuidador
- Apoio Emocional
- Apoio Espiritual
- Melhora do Sistema de Apoio
- Assistência ao Morrer
- Assistência no Autocuidado
- Assistência quanto a Recursos Financeiros
- Consulta por Telefone
- Controle do Ambiente
- Controle de Constipação/impactação
- Controle do Delírio
- Controle da Dor
- Controle da Eliminação Urinária
- Controle de Energia
- Controle Hidroeletrólítico
- Controle de Medicamentos
- Controle da Pressão
- Controle Intestinal
- Controle da Nutrição
- Cuidados com o Repouso no Leito
- Esclarecimento de Valores
- Escutar Ativamente
- Facilitação da Visita
- Facilitação do Processo de Perdão
- Facilitação do Processo de Pesar
- Gerenciamento de Caso
- Supervisão da Pele
- Melhora do Enfrentamento

- Estímulo a Rituais Religiosos
- Melhora do Sono
- Monitoração Neurológica
- Monitoração Respiratória
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Orientação Antecipada
- Posicionamento
- Presença
- Promoção da Integridade Familiar
- Promoção de Envolvimento Familiar
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução da Ansiedade
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Terapia de Recordações
- Toque
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem de Cuidados Críticos

- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: intravenosa (IV)
- Apoio à Tomada de Decisão
- Apoio ao Médico
- Apoio ao Cuidador
- Aspiração de Vias Aéreas
- Controle da Terapia Tromboembólica
- Controle do Choque
- Controle da Náusea
- Controle da Tecnologia
- Controle da Dor

- Controle de Eletrólitos
- Controle do Marcapasso: definitivo
- Controle do Marcapasso: temporário
- Controle da Sedação
- Controle da Tecnologia
- Controle da Ventilação Mecânica: invasiva
- Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva
- Controle de Vias Aéreas Artificiais
- Controle de Vias Aéreas
- Controle do Vômito
- Controle do Desfibrilador: externo
- Controle do Desfibrilador: interno
- Controle Hídrico
- Controle Hidroeletrólítico
- Cuidados Cardíacos: fase aguda
- Cuidados Circulatórios: equipamentos de suporte circulatório mecânico
- Delegação
- Desmame da Ventilação Mecânica
- Documentação
- Ensino: procedimento/tratamento
- Facilitação da Presença da Família
- Facilitação da Visita
- Monitoração Ácido-básico
- Monitoração da Pressão Intracraniana (PIC)
- Monitoração de Eletrólitos
- Monitoração de Sinais Vitais
- Monitoração Hemodinâmica Invasiva
- Monitoração Hídrica
- Monitoração Neurológica

- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Plano de Alta
- Posicionamento
- Precauções Cardíacas
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução da Ansiedade
- Regulação da Temperatura
- Regulação Hemodinâmica
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Apoio Emocional
- Terapia Endovenosa (EV)
- Transporte: inter-hospitalar
- Transporte: intra-hospitalar

Enfermagem de Bordo

- Administração de Hemoderivados
- Administração de Medicamentos
- Apoio ao Cuidador
- Cuidados de Emergência
- Assistência Ventilatória
- Triagem: catástrofe
- Consulta por Telefone
- Controle da Anafilaxia
- Controle do Choque
- Controle do Choque: cardiogênico
- Controle do Choque: vasogênico
- Controle do Choque: hipovolêmico
- Controle da Tecnologia

- Controle do Desfibrilador: externo
- Controle do Desfibrilador: interno
- Controle de Hemorragia
- Controle da Hipovolemia
- Controle da Sedação
- Controle da Tecnologia
- Controle da Terapia Tromboembólica
- Controle da Ventilação Mecânica: invasiva
- Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva
- Controle de Vias Aéreas Artificiais
- Cuidados Cardíacos: fase aguda
- Cuidados com o Recém-nascido
- Cuidados com Lesões
- Facilitação da Presença da Família
- Terapia Endovenosa
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Monitoração do Recém-nascido
- Monitoração de Sinais Vitais
- Monitoração Hemodinâmica Invasiva
- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Prevenção do Choque
- Reanimação Cardiopulmonar
- Terapia Endovenosa (EV)
- Transporte: inter-hospitalar

Enfermagem Dermatológica

- Administração de Medicamentos: tópica
- Apoio à Tomada de Decisão
- Apoio ao Médico

- Apoio Emocional
- Assistência Cirúrgica
- Assistência em Exames
- Avaliação da Saúde
- Consulta por Telefone
- Controle de Infecção
- Controle de Prurido
- Controle do Ambiente: comunidade
- Cuidados da Pele: local do enxerto
- Cuidados da Pele: local da doação
- Cuidados da Pele: tratamentos tópicos
- Cuidados com Lesões
- Cuidados com Local de Incisão
- Cuidados com Úlceras de Pressão
- Documentação
- Educação em Saúde
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: procedimento/tratamento
- Ensino: processo da doença
- Facilitação da Aprendizagem
- Facilitação da Autorresponsabilidade
- Melhora do Sistema de Apoio
- Supervisão da Pele
- Irrigação de Lesões
- Melhora da Imagem Corporal
- Melhora do Enfrentamento
- Modificação do Comportamento
- Precauções no Uso do *Laser*

- Administração de Analgésicos
- Administração de Analgésicos: intraespinhal
- Administração de Medicamentos
- Apoio à Tomada de Decisão
- Aplicação de Calor/Frio
- Assistência Cirúrgica
- Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA)
- Assistência ao Morrer
- Autorização do Seguro
- Avaliação do Produto
- Biofeedback
- Verificação de Substância Controlada
- Coleta de Dados de Pesquisa
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Contrato com o Paciente
- Controle do Ambiente: conforto
- Gerenciamento de Caso
- Controle da Dor
- Controle de Energia
- Controle de Infecção
- Controle de Medicamentos
- Controle da Sedação
- Distração
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: procedimento/tratamento
- Estabelecimento de Metas Mútuas
- Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)

- Facilitação do Processo de Meditação
- Grupo de Apoio
- Humor
- Estimulação da Imaginação
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Autoestima
- Melhora do Enfrentamento
- Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (DAV)
- Massagem
- Monitoração de Políticas de Saúde
- Controle de Qualidade
- Musicoterapia
- Plano de Alta
- Preparo Cirúrgico
- Promoção do Exercício
- Relaxamento Muscular Progressivo
- Reconciliação de Medicamentos
- Supervisão
- Apoio Espiritual
- Apoio ao Médico
- Terapia de Relaxamento
- Toque
- Toque Terapêutico
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem em Neurociência

- Administração de Medicamentos
- Melhora da Imagem Corporal
- Sondagem Vesical: intermitente
- Controle do Ambiente: segurança

- Controle do Comportamento
- Controle de Convulsões
- Controle do Delírio
- Controle da Demência
- Controle da Disreflexia
- Controle da Dor
- Controle de Edema Cerebral
- Controle da Eliminação Urinária
- Controle de Energia
- Controle de Medicamentos
- Controle da Negligência Unilateral
- Controle da Terapia Tromboembólica
- Controle de Vias Aéreas
- Controle Intestinal
- Controle de Idéias Delirantes
- Cuidados com Drenos: ventriculostomia/dreno lombar
- Estimulação Cognitiva
- Indução de Hipotermia
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Comunicação: déficit de fala
- Melhora da Comunicação: déficit visual
- Melhora do Sono
- Monitoração da Pressão Intracranial (PIC)
- Monitoração Neurológica
- Posicionamento: Neurológico
- Precauções contra Convulsões
- Precauções contra Hemorragia Subaracnoide
- Prevenção de Quedas
- Promoção de Perfusão Cerebral

- Promoção da Segurança em Veículos
- Redução da Ansiedade
- Regulação da Temperatura
- Contenção Química
- Supervisão
- Terapia Ocupacional

Enfermagem em Oncologia Pediátrica

- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos: endovenosa (EV)
- Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)
- Administração de Medicamentos: oral
- Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)
- Administração de Hemoderivados
- Apoio a Irmãos
- Apoio ao Cuidador
- Apoio à Tomada de Decisão
- Assistência ao Morrer
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Gerenciamento de Caso
- Controle da Dor
- Controle Hidroeletrólítico
- Controle da Náusea
- Controle da Quimioterapia
- Controle da Sedação
- Controle da Radioterapia
- Controle do Vômito
- Orientação aos Pais: educando os filhos
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: processo da doença

- Escutar Ativamente
- Facilitação da Presença da Família
- Facilitação do Processo de Pesar
- Promoção de Esperança
- Melhora do Enfrentamento
- Melhora do Desenvolvimento: infantil
- Brinquedo Terapêutico
- Manutenção do Processo Familiar
- Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (DAV)
- Mobilização Familiar
- Precauções contra Sangramentos
- Promoção da Integridade Familiar
- Promoção de Envolvimento Familiar
- Promoção da Normalidade
- Redução da Ansiedade
- Técnica para Acalmar
- Terapia para Trauma: criança
- Tratamento da Febre

Enfermagem em Saúde Ocupacional

- Acompanhamento por Telefone
- Aconselhamento
- Aconselhamento Nutricional
- Apoio Familiar
- Apoio à Tomada de Decisão
- Cuidados de Emergência
- Assistência para Reduzir o Peso
- Assistência para Parar de Fumar
- Avaliação da Saúde
- Triagem: catástrofe

- Consulta por Telefone
- Controle do Ambiente: comunidade
- Controle do Ambiente: prevenção da violência
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle do Ambiente: segurança do trabalhador
- Controle de Alergia
- Controle da Asma
- Gerenciamento de Caso
- Controle do Desfibrilador: externo
- Controle de Doenças Transmissíveis
- Controle de Imunização/Vacinação
- Controle da Tecnologia
- Cuidados Cardíacos: reabilitação
- Cuidados com os Ouvidos
- Cuidados com Lesões
- Cuidados no Pré-natal
- Orientação aos Pais: adolescente
- Orientação aos Pais: educando os filhos
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: grupo
- Ensino: indivíduo
- Escutar Ativamente
- Identificação de Risco
- Melhora da Educação em Saúde
- Intervenção na Crise
- Controle do Peso
- Monitoração Respiratória
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde

- Orientação Antecipada
- Prevenção do Uso de Drogas
- Prevenção de Quedas
- Promoção do Exercício
- Promoção da Segurança em Veículos
- Preparo contra o Bioterrorismo
- Marketing Social
- Proteção contra Infecção
- Proteção contra Riscos Ambientais
- Redução da Ansiedade
- Supervisão: Segurança
- Apoio Emocional
- Tratamento do Uso de Drogas

Enfermagem na Emergência

- Administração de Hemoderivados
- Administração de Medicamentos
- Apoio à Proteção contra Abuso: criança
- Apoio à Proteção contra Abuso: parceiro no lar
- Coleta de Dados Forenses
- Controle da Terapia Tromboembólica
- Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva
- Controle da Anafilaxia
- Controle do Choque
- Controle da Tecnologia
- Controle de Convulsões
- Controle de Arritmias
- Controle da Dor
- Controle de Eletrólitos
- Controle da Hipovolemia

- Controle do Marcapasso: temporário
- Controle de Vias Aéreas
- Controle do Desfibrilador: externo
- Controle do Desfibrilador: interno
- Controle Hidroeletrolítico
- Cuidados Circulatórios: insuficiência arterial
- Cuidados Circulatórios: insuficiência venosa
- Cuidados Cardíacos: fase aguda
- Cuidados com Lesões
- Cuidados de Emergência
- Documentação
- Ensino: indivíduo
- Facilitação da Presença da Família
- Punção Venosa (IV)
- Intervenção na Crise
- Monitoração de Sinais Vitais
- Monitoração Neurológica
- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Primeiros Socorros
- Preparo contra o Bioterrorismo
- Punção de Vaso: amostra de sangue venoso
- Reanimação Cardiopulmonar
- Reposição Rápida de Líquidos
- Terapia Endovenosa (EV)
- Transporte: inter-hospitalar
- Transporte: intra-hospitalar
- Tratamento de Exposição ao Calor
- Tratamento do Trauma de Estupro

- Triagem: centro de emergência

- Triagem: telefone

Enfermagem Endovenosa

- Administração de Analgésicos: intraespinhal
- Administração de Medicamentos: endovenosa
- Administração de Medicamentos: intraespinhal
- Administração de Medicamentos: intraóssea
- Administração de Medicamentos: reservatório ventricular
- Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)
- Administração de Hemoderivados
- Amostra de Sangue Capilar
- Apoio ao Cuidador
- Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA)
- Avaliação de Produto
- Controle Ácido-básico
- Controle Ácido-básico: acidose metabólica
- Controle Ácido-básico: acidose respiratória
- Controle Ácido-básico: alcalose metabólica
- Controle Ácido-básico: alcalose respiratória
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle de Alergia
- Controle da Dor
- Controle de Eletrólitos
- Controle de Eletrólitos: hipercalcemia
- Controle de Eletrólitos: hipercalemia
- Controle de Eletrólitos: hiperfosfatemia
- Controle de Eletrólitos: hipermagnesemia
- Controle de Eletrólitos: hipernatremia
- Controle de Eletrólitos: hipocalcemia

- Controle de Eletrólitos: hipocalemia
- Controle de Eletrólitos: hipofosfatemia
- Controle de Eletrólitos: hipomagnesemia
- Controle de Eletrólitos: hiponatremia
- Controle de Suprimentos
- Controle Hidroeletrólítico
- Controle da Hiperglicemia
- Controle da Hipervolemia
- Controle da Hipovolemia
- Controle de Infecção
- Controle Hídrico
- Controle da Quimioterapia
- Controle da Tecnologia
- Controle da Terapia Tromboembólica
- Controle da Nutrição
- Cuidados com o Cateter Central de Inserção Periférica (PIC)
- Cuidados com Cateter: linha umbilical
- Cuidados com Drenos: ventriculostomia/dreno lombar
- Educação em Saúde
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: procedimento/tratamento
- Identificação de Risco
- Terapia Endovenosa
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Manutenção de Acesso para Diálise
- Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (DAV)
- Monitoração Ácido-básica
- Monitoração de Eletrólitos
- Monitoração Hídrica

- Controle de Qualidade
- Monitoração Hemodinâmica Invasiva
- Monitoração Nutricional
- Proteção contra Infecção
- Punção de Vaso: amostra de sangue arterial
- Punção de Vaso: amostra de sangue venoso
- Punção de Vaso: doação de sangue
- Punção de Vaso Cateterizado: amostra de sangue
- Relato de Incidentes
- Terapia de Diálise Peritoneal
- Terapia Endovenosa (EV)
- Terapia Nutricional
- Tratamento da Hipotermia
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem Escolar

- Aconselhamento
- Aconselhamento Nutricional
- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos: oral
- Apoio à Proteção contra Abuso: criança
- Apoio ao Cuidador
- Apoio Familiar
- Apoio à Tomada de Decisão
- Aplicação de Calor/Frio
- Assistência no Controle da Raiva
- Cuidados de Emergência
- Avaliação da Saúde
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Consulta por Telefone

- Controle de Alergia
- Controle da Asma
- Controle da Dor
- Controle de Infecção
- Controle de Medicamentos
- Cuidados com os Olhos
- Cuidados com Lentes de Contato
- Cuidados com Lesões
- Delegação
- Documentação
- Orientação aos Pais: adolescente
- Orientação aos Pais: educando os filhos
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: indivíduo
- Esclarecimento de Valores
- Escutar Ativamente
- Facilitação da Aprendizagem
- Facilitação do Processo de Pensar
- Grupo de Apoio
- Humor
- Supervisão da Pele
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Autoestima
- Melhora da Socialização
- Melhora do Enfrentamento
- Melhora da Disposição para Aprender
- Melhora da Educação em Saúde
- Intervenção na Crise

- Monitoração dos Sinais Vitais
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Orientação Antecipada
- Prevenção do Suicídio
- Prevenção do Uso de Drogas
- Prevenção de Lesões Desportivas: Jovens
- Primeiros Socorros
- Promoção da Integridade Familiar
- Promoção da Capacidade de Resiliência
- Promoção da Segurança em Veículos
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Marketing Social
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução da Ansiedade
- Redução do Sangramento
- Redução do Sangramento: ferimentos
- Apoio Emocional
- Técnica para Acalmar
- Toque
- Tratamento da Febre
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem Forense

- Aconselhamento
- Apoio à Proteção contra Abuso
- Assistência em Exames
- Cuidados de Emergência
- Avaliação da Saúde
- Coleta de Dados Forenses
- Consulta

- Controle do Ambiente: prevenção de violência
- Controle de Amostras para Exames para Exames
- Controle de Doenças Transmissíveis
- Cuidados Pós-morte
- Depoimento/Testemunho
- Documentação
- Encaminhamento
- Facilitação do Processo de Pesar
- Identificação de Risco
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Intervenção na Crise
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Prevenção do Uso de Drogas
- Promoção da Integridade Familiar
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução da Ansiedade
- Relato de Incidentes
- Apoio Emocional
- Técnica para Acalmar
- Tratamento do Trauma de Estupro
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem Gastroenterológica

- Aconselhamento Nutricional
- Administração de Anestesia
- Administração de Medicamentos: endovenosa (EV)
- Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)
- Administração de Medicamentos: oral
- Administração de Medicamentos: retal
- Controle de Amostras para Exames

- Controle de Constipação/Impactação
- Controle da Diarreia
- Controle de Infecção
- Controle da Náusea
- Controle da Sedação
- Controle da Tecnologia
- Controle de Vias Aéreas
- Controle do Vômito
- Controle Intestinal
- Cuidados com Sondas: gastrointestinal
- Cuidados com Ostomias
- Cuidados na Incontinência Intestinal: encoprese
- Distração
- Sondagem Gastrointestinal
- Terapia Endovenosa
- Melhora da Autocompetência
- Lavagem Intestinal
- Monitoração dos Sinais Vitais
- Precauções contra Aspiração
- Redução da Flatulência
- Aspiração de Vias Aéreas
- Supervisão
- Apoio Emocional
- Técnica para Acalmar

Enfermagem Genética

- Aconselhamento
- Aconselhamento Genético
- Aconselhamento na Pré-concepção
- Apoio Familiar

- Avaliação da Saúde
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Controle do Ambiente: comunidade
- Cuidados na Interrupção da Gravidez
- Documentação
- Orientação aos Pais: bebê
- Orientação aos Pais: educando os filhos
- Encaminhamento
- Ensino: processo da doença
- Esclarecimento de Valores
- Escutar Ativamente
- Facilitação do Processo de Pesar
- Grupo de Apoio
- Identificação de Risco: genético
- Melhora da Autocompetência
- Melhora do Enfrentamento
- Melhora da Educação em Saúde
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Intervenção na Crise
- Mobilização Familiar
- Monitoração da Política de Saúde
- Orientação Antecipada
- Promoção da Integridade Familiar
- Promoção de Normalidade
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Proteção contra Riscos Ambientais
- Redução da Ansiedade
- Apoio Emocional
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

- Acompanhamento por Telefone
- Administração de Medicamentos
- Apoio à Proteção contra Abuso: idoso
- Apoio ao Cuidador
- Assistência no Autocuidado
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Assistência quanto a Recursos Financeiros
- Assistência ao Morrer
- Autorização de Seguro
- Biblioterapia
- Controle do Ambiente: conforto
- Controle do Ambiente: preparação do lar
- Controle de Constipação/Impactação
- Controle do Delírio
- Controle da Demência
- Controle da Demência: banho
- Controle Hidroeletrólítico
- Controle da Pressão
- Controle de Prolapso Retal
- Controle do Comportamento
- Controle da Nutrição
- Cuidados com os Cabelos
- Cuidados com os Pés
- Cuidados na Incontinência Intestinal
- Cuidados na Incontinência Urinária
- Escutar Ativamente
- Micção Induzida
- Facilitação do Processo de Pesar

- Gerenciamento de Caso
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Comunicação: déficit auditivo
- Melhora do Enfrentamento
- Melhora da Educação em Saúde
- Monitoração das Extremidades Inferiores
- Posicionamento
- Promoção do Exercício
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução do Estresse por Mudança
- Reconciliação de Medicamentos
- Apoio Emocional
- Terapia Ocupacional
- Terapia com Exercício: deambulação
- Terapia de Recordações
- Terapia de Relaxamento
- Terapia de Validação
- Treinamento do Hábito Urinário
- Treinamento Intestinal
- Vestir

Enfermagem Holística

- Aconselhamento
- Aconselhamento Nutricional
- Acupressão
- Apoio ao Cuidador
- Apoio Espiritual
- Apoio à Tomada de Decisão
- Melhora da Imagem Corporal

- Aromaterapia
- Assistência na Automodificação
- Avaliação da Saúde
- Biblioterapia
- Biofeedback
- Dizer a Verdade
- Controle do Ambiente
- Controle de Energia
- Educação em Saúde
- Ensino: grupo
- Ensino: indivíduo
- Esclarecimento de Valores
- Escutar Ativamente
- Estabelecimento de Metas Mútuas
- Facilitação da Autorresponsabilidade
- Facilitação do Processo de Meditação
- Facilitação do Crescimento Espiritual
- Humor
- Estimulação da Imaginação
- Promoção de Esperança
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Autoestima
- Melhora do Enfrentamento
- Massagem
- Orientação Antecipada
- Presença
- Promoção do Exercício
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Redução da Ansiedade

- Reestruturação Cognitiva
- Registros de Ações
- Relaxamento Muscular Progressivo
- Apoio Emocional
- Técnica para Acalmar
- Terapia Recreacional
- Terapia com Animais
- Terapia de Relaxamento
- Musicoterapia
- Toque
- Toque Terapêutico
- Treinamento de Autossugestão

Enfermagem Médico-Cirúrgica

- Administração de Medicamentos
- Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)
- Administração de Hemoderivados
- Alimentação por Sonda Enteral
- Amostra de Sangue Capilar
- Assistência no Autocuidado
- Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA)
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Controle Ácido-básico
- Supervisão de Funcionários
- Controle da Asma
- Controle do Choque
- Controle da Tecnologia
- Controle de Convulsões
- Controle da Dor
- Controle de Eletrólitos

- Controle da Eliminação Urinária
- Controle Hidroeletrólítico
- Controle da Hiperglicemia
- Controle da Hipoglicemia
- Controle de Infecção
- Controle do Marcapasso: definitivo
- Controle de Medicamentos
- Controle da Náusea
- Controle da Pressão
- Controle da Quimioterapia
- Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva
- Controle de Vias Aéreas Artificiais
- Controle do Vômito
- Cuidados Circulatórios: insuficiência arterial
- Cuidados Circulatórios: insuficiência venosa
- Cuidados com Lesões
- Cuidados com Local de Incisão
- Cuidados com Sondas: gastrointestinal
- Cuidados com Drenos: torácico
- Cuidados com Sondas: urinário
- Cuidados com Úlceras de Pressão
- Cuidados com Ostomias
- Cuidados com o Repouso no Leito
- Cuidados com a Tração/Imobilização
- Cuidados na Incontinência Intestinal
- Cuidados na Incontinência Urinária
- Cuidados Pós-morte
- Desenvolvimento de Protocolos de Cuidados
- Documentação

- Ensino: indivíduo
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: procedimento/tratamento
- Ensino: processo da doença
- Sondagem Gastrointestinal
- Facilitação da Presença da Família
- Terapia Endovenosa
- Supervisão da Pele
- Melhora da Educação em Saúde
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Controle de Qualidade
- Monitoração dos Sinais Vitais
- Monitoração Neurológica
- Monitoração Nutricional
- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Plano de Alta
- Precauções contra Convulsões
- Precauções contra Aspiração
- Prevenção contra Choque
- Prevenção de Quedas
- Prevenção de Úlceras de Pressão
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução do Sangramento: Gastrointestinal
- Contenção Física
- Contenção Química
- Reconciliação de Medicamentos
- Aspiração de Vias Aéreas

- Apoio Emocional
- Terapia Endovenosa (EV)
- Treinamento Intestinal

Enfermagem na Anestesia

- Administração de Analgésicos
- Administração de Analgésicos: intraespinhal
- Administração de Anestesia
- Administração de Hemoderivados
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: endovenosa (EV)
- Administração de Medicamentos: intraespinhal
- Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)
- Administração de Medicamentos: oral
- Apoio ao Médico
- Aspiração de Vias Aéreas
- Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente
- Coordenação Pré-operatória
- Assistência Ventilatória
- Autotransfusão
- Controle na Hiperglicemia
- Controle na Hipoglicemia
- Controle no Choque
- Controle no Choque: cardiogênico
- Controle no Choque: hipovolêmico
- Controle no Choque: vasogênico
- Controle Ácido-básico
- Controle Ácido-básico: acidose metabólica
- Controle Ácido-básico: acidose respiratória
- Controle Ácido-básico: alcalose metabólica

- Controle Ácido-básico: alcalose respiratória
- Controle da Dor
- Controle da Hipervolemia
- Controle da Anafilaxia
- Controle de Arritmias
- Controle do Desfibrilador: externo
- Controle do Desfibrilador: interno
- Controle de Eletrólitos
- Controle de Eletrólitos: hipercalcemia
- Controle de Eletrólitos: hipercalemia
- Controle de Eletrólitos: hiperfosfatemia
- Controle de Eletrólitos: hipermagneseemia
- Controle de Vias Aéreas Artificiais
- Controle Hídrico
- Cuidados com o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)
- Cuidados Circulatórios: equipamentos de suporte circulatório mecânico
- Cuidados com os Olhos
- Cuidados com Próteses
- Cuidados de Emergência
- Cuidados Pós-anestesia
- Documentação
- Encaminhamento
- Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)
- Extubação Endotraqueal
- Facilitação da Aprendizagem
- Indução de Hipotermia
- Inserção e Estabilização de Vias Aéreas Artificiais
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Controle da Tecnologia

- Monitoração Ácido-básica
- Monitoração da Pressão Intracraniana (PIC)
- Monitoração de Eletrólitos
- Monitoração de Sinais Vitais
- Monitoração Hídrico
- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Posicionamento: transoperatório
- Precauções Cirúrgica
- Precauções no Uso de Artigos de Látex
- Precauções no Uso do *Laser*
- Precauções contra Hipertermia Maligna
- Precauções no Uso do Torniquete Pneumático
- Preparo Cirúrgico
- Prescrição de Medicamentos
- Punção de Vaso Cateterizado: amostra de sangue
- Punção de Vaso: amostra de sangue arterial
- Punção de Vaso: amostra de sangue venoso
- Punção Venosa
- Reanimação Cardiopulmonar
- Reanimação Cardiopulmonar: feto
- Reanimação Cardiopulmonar: neonato
- Relato de Incidentes
- Reposição Rápida de Líquidos
- Tratamento da Hipotermia
- Triagem: centro de emergência
- Verificação de Substância Controlada

Enfermagem na Dependência

- Aconselhamento

- Administração de Medicamentos
- Apoio Espiritual
- Assistência para Parar de Fumar
- Avaliação da Saúde
- Controle dos Distúrbios Alimentares
- Controle da Nutrição
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle do Comportamento
- Controle Hidroeletrólítico
- Documentação
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: grupo
- Ensino: sexo seguro
- Facilitação da Autorresponsabilidade
- Melhora da Autocompetência
- Identificação de Risco
- Melhora do Enfrentamento
- Modificação do Comportamento
- Monitoração dos Sinais Vitais
- Orientação Antecipada
- Plano de Alta
- Prevenção do Uso de Drogas
- Registro de Ações
- Terapia de Grupo
- Terapia Familiar
- Tratamento do Uso de Drogas
- Tratamento do Uso de Drogas: overdose
- Tratamento do Uso de Drogas: abstinência de álcool

Enfermagem na Dependência Química

- Aconselhamento
- Amostra de Sangue Capilar
- Assistência no Controle da Raiva
- Biblioterapia
- Contenção Química
- Contrato com o Paciente
- Controle de Convulsões
- Controle do Delírio
- Controle de Medicamentos
- Controle do Comportamento
- Ensino: processo da doença
- Ensino: sexo seguro
- Escutar Ativamente
- Estabelecimento de Limites
- Facilitação da Autorresponsabilidade
- Facilitação no Processo de Culpa
- Melhora da Autoestima
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Socialização
- Grupo de Apoio
- Mediação de Conflitos
- Melhora do Enfrentamento
- Modificação do Comportamento
- Modificação do Comportamento: habilidades sociais
- Precauções contra Fuga
- Prevenção do Uso de Drogas
- Promoção de Esperança

- Registro de Ações
- Terapia de Grupo
- Terapia Familiar
- Terapia Recreacional
- Tratamento do Uso de Drogas
- Tratamento do Uso de Drogas: overdose
- Tratamento do Uso de Drogas: abstinência de álcool
- Tratamento do Uso de Drogas: abstinência
- Treinamento de Autossugestão
- Treinamento para Controle de Impulsos

Enfermagem na Incapacidade Desenvolvimental

- Acompanhamento por Telefone
- Administração de Medicamentos
- Apoio à Proteção contra Abuso
- Assistência no Autocuidado
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Assistência quanto a Recursos Financeiros
- Avaliação da Saúde
- Consulta por Telefone
- Controle do Comportamento
- Controle do Comportamento: autoagressão
- Controle de Convulsões
- Controle de Infecção
- Controle de Medicamentos
- Controle do Peso
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle Intestinal
- Controle da Nutrição
- Documentação

- Educação em Saúde
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: sexo seguro
- Gerenciamento de Caso
- Identificação de Risco: genético
- Melhora da Comunicação: déficit auditivo
- Melhora da Comunicação: déficit de fala
- Melhora da Comunicação: déficit visual
- Melhora da Educação em Saúde
- Melhora do Desenvolvimento: adolescente
- Melhora do Desenvolvimento: criança
- Modificação do Comportamento: habilidades sociais
- Precauções contra Convulsões
- Precauções contra Aspiração
- Promoção de Normalidade
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução da Ansiedade
- Redução do Estresse por Mudança
- Relato de Incidentes
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Supervisão de Funcionários

Enfermagem na Lesão da Coluna Espinhal

- Apoio ao Cuidador
- Melhora da Imagem Corporal
- Assistência no Autocuidado: Alimentação
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Assistência no Autocuidado: banho/higiene
- Assistência no Autocuidado: uso de vaso sanitário

- Assistência no Autocuidado: transferência
- Assistência no Autocuidado: vestir/arrumar-se
- Assistência quanto a Recursos Financeiros
- Sondagem Vesical
- Sondagem Vesical: intermitente
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Controle da Sensibilidade Periférica
- Gerenciamento de Caso
- Controle do Comportamento
- Controle da Disreflexia
- Controle da Dor
- Controle Hídrico
- Controle de Medicamentos
- Controle da Ventilação Mecânica: invasiva
- Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva
- Controle de Vias Aéreas Artificiais
- Controle Intestinal
- Controle da Nutrição
- Cuidados com Sondas: urinário
- Cuidados com Úlceras de Pressão
- Cuidados com a Tração/Imobilização
- Ensino: grupo
- Ensino: habilidades psicomotoras
- Ensino: indivíduo
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: processo da doença
- Escutar Ativamente
- Estabelecimento de Metas Mútuas
- Facilitação da Licença

- Fisioterapia Respiratória
- Promoção de Esperança
- Melhora do Enfrentamento
- Monitoração das Extremidades Inferiores
- Plano de Alta
- Posicionamento
- Posicionamento: cadeira de rodas
- Precauções Circulatórias
- Prevenção de Úlceras de Pressão
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção contra Infecção
- Redução do Estresse por Mudança
- Aspiração de Vias Aéreas
- Apoio Emocional
- Transferência
- Treinamento do Hábito Urinário
- Treinamento Intestinal
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem na Psiquiatria da Criança e do Adolescente

- Apoio à Proteção contra Abuso: criança
- Construção de Relação Complexa
- Consulta por Telefone
- Controle de Medicamentos
- Controle do Ambiente: comunidade
- Controle do Comportamento: autoagressão
- Controle do Comportamento: hiperatividade/desatenção
- Controle do Comportamento: sexual
- Controle do Delírio
- Controle do Humor

- Cuidados na Incontinência Intestinal: encoprese
- Cuidados na Incontinência Urinária: enurese
- Educação em Saúde
- Ensino: medicamentos prescritos
- Gerenciamento de Caso
- Manutenção do Processo Familiar
- Mediação de Conflitos
- Melhora do Desenvolvimento: adolescente
- Melhora do Desenvolvimento: criança
- Melhora da Educação da Saúde
- Mobilização Familiar
- Modificação do Comportamento: habilidades sociais
- Precauções contra Fuga
- Prescrição de Medicamentos
- Promoção da Capacidade de Resiliência
- Promoção da Paternidade/Maternidade
- Promoção de Normalidade
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Promoção do Exercício
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Supervisão de Funcionários
- Terapia Recreacional
- Terapia Familiar
- Terapia para Trauma: criança
- Treinamento para Controle de Impulsos

Enfermagem na Reabilitação

- Apoio Familiar
- Apoio à Tomada de Decisão
- Melhora da Imagem Corporal

- Assistência no Autocuidado
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Assistência quanto a Recursos Financeiros
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Controle do Ambiente: preparação do lar
- Controle do Ambiente: segurança
- Gerenciamento de Caso
- Controle do Comportamento
- Controle da Dor
- Controle da Eliminação Urinária
- Controle de Energia
- Controle de Medicamentos
- Controle da Negligência Unilateral
- Controle Intestinal
- Controle da Nutrição
- Cuidados com Úlceras de Pressão
- Cuidados na Amputação
- Educação em Saúde
- Ensino: indivíduo
- Estabelecimento de Metas Mútuas
- Facilitação da Autorresponsabilidade
- Facilitação da Aprendizagem
- Promoção de Esperança
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Comunicação: déficit da fala
- Melhora da Socialização
- Melhora do Enfrentamento
- Plano de Alta
- Posicionamento

- Precauções contra Embolia
- Prevenção de Úlceras de Pressão
- Promoção da Mecânica Corporal
- Promoção do Exercício: treino para fortalecimento
- Promoção de Normalidade
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Redução do Estresse por Mudança
- Apoio Emocional
- Terapia de Relaxamento
- Treinamento da Memória
- Vestir

Enfermagem na Saúde da Mulher

- Aconselhamento
- Aconselhamento na Pré-concepção
- Aconselhamento Nutricional
- Apoio à Proteção contra Abuso
- Apoio à Proteção contra Abuso: parceiro no lar
- Apoio Emocional
- Apoio à Tomada de Decisão
- Assistência para Reduzir o Peso
- Avaliação da Saúde
- Consulta por Telefone
- Controle da Síndrome Pré-menstrual
- Controle de Medicamentos
- Controle do Peso
- Controle do Pessário
- Cuidados na Interrupção da Gravidez
- Educação em Saúde
- Ensino: indivíduo

- Ensino: processo da doença
- Ensino: sexo seguro
- Exame das Mamas
- Exercícios para a Musculatura Pélvica
- Melhora da Autocompetência
- Identificação de Risco
- Melhora da Educação em Saúde
- Melhora da Imagem Corporal
- Melhora do Enfrentamento
- Modificação do Comportamento
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Planejamento Familiar: contracepção
- Planejamento Familiar: gravidez não planejada
- Planejamento Familiar: infertilidade
- Preservação da Fertilidade
- Promoção do Exercício
- Terapia de Reposição Hormonal
- Treinamento do Hábito Urinário

Enfermagem na Saúde Escolar

- Aconselhamento
- Aconselhamento Sexual
- Administração de Medicamentos: subcutânea
- Apoio Emocional
- Apoio à Tomada de Decisão
- Assistência para Parar de Fumar
- Avaliação da Saúde
- Controle de Distúrbios Alimentares
- Controle da Asma
- Controle de Doenças Transmissíveis

- Controle de Imunização/Vacinação
- Controle de Medicamentos
- Controle do Peso
- Controle Nutrição
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: indivíduo
- Ensino: sexo seguro
- Ensino: Sexualidade
- Escutar Ativamente
- Melhora da Autoestima
- Intervenção na Crise
- Melhora do Enfrentamento
- Melhora do Sono
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Prescrição de Medicamentos
- Prevenção do Uso de Drogas
- Prevenção de Lesões Desportivas: jovens
- Prevenção do Suicídio
- Primeiros Socorros
- Promoção da Segurança em Veículos
- Redução da Ansiedade
- Tratamento do Trauma de Estupro

Enfermagem na Saúde Pública e Comunitária

- Administração de Medicamentos: subcutânea
- Apoio à Proteção contra Abuso
- Assistência na Manutenção do Lar
- Avaliação da Saúde
- Consulta

- Controle de Imunização/Vacinação
- Controle do Ambiente: comunidade
- Controle do Ambiente: preparação do lar
- Controle do Ambiente: segurança do trabalhador
- Desenvolvimento da Saúde Comunitária
- Desenvolvimento de Programa de Saúde
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: grupo
- Ensino: nutrição infantil entre 0-3 meses
- Ensino: nutrição infantil entre 10-12 meses
- Ensino: nutrição infantil entre 13-18 meses
- Ensino: nutrição infantil entre 19-24 meses
- Ensino: nutrição infantil entre 25-36 meses
- Ensino: nutrição infantil entre 4-6 meses
- Ensino: nutrição infantil entre 7-9 meses
- Ensino: segurança infantil entre 0-3 meses
- Ensino: segurança infantil entre 10-12 meses
- Ensino: segurança infantil entre 13-18 meses
- Ensino: segurança infantil entre 19-24 meses
- Ensino: segurança infantil entre 25-36 meses
- Ensino: segurança infantil entre 4-6 meses
- Ensino: segurança infantil entre 7-9 meses
- Ensino: sexo seguro
- Gerenciamento de Caso
- Gerenciamento de Recursos Financeiros
- Identificação de Risco
- Intermediação Cultural
- Marketing Social

- Melhora da Educação em Saúde
- Monitoração de Política de Saúde
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Planejamento Familiar: contracepção
- Preparação contra o Bioterrorismo
- Preparo da Comunidade para Catástrofes
- Promoção da Paternidade/Maternidade
- Promoção da Segurança em Veículos
- Proteção contra Riscos Ambientais
- Supervisão: Comunidade
- Apoio ao Sustento
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem Nefrológica

- Administração de Medicamentos
- Amostra de Sangue Capilar
- Apoio à Tomada de Decisão
- Captação de Órgão
- Assistência quanto a Recursos Financeiros
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Consulta por Telefone
- Controle Ácido-básico
- Controle do Ambiente: conforto
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle de Amostras para Exames
- Controle de Constipação/Impactação
- Controle de Eletrólitos
- Controle Hidroeletrólítico
- Controle da Hiperglicemia
- Controle da Hipervolemia

- Controle da Hipoglicemia
- Controle da Hipovolemia
- Controle de Infecção
- Controle Hídrico
- Controle de Medicamentos
- Controle da Náusea
- Controle de Prurido
- Controle da Tecnologia
- Controle do Vômito
- Delegação
- Ensino: habilidades psicomotoras
- Ensino: indivíduo
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: procedimento/tratamento
- Ensino: processo da doença
- Esclarecimento de Valores
- Gerenciamento de Caso
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Educação em Saúde
- Intermediação Cultural
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Manutenção de Acesso para Diálise
- Monitoração de Eletrólitos
- Monitoração Hídrica
- Monitoração de Sinais Vitais
- Monitoração Nutricional
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção contra Infecção
- Punção de Vaso Cateterizado: amostra de sangue

- Redução do Sangramento: ferimento
- Apoio Emocional
- Apoio ao Médico
- Terapia de Diálise Peritoneal
- Terapia de Hemodiálise
- Testes Laboratoriais à Beira do Leito

Enfermagem Neonatal

- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: endovenosa (EV)
- Administração de Medicamentos: enteral
- Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)
- Administração de Medicamentos: ocular
- Administração de Medicamentos: oral
- Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)
- Administração de Hemoderivados
- Alimentação
- Alimentação por Sonda Enteral
- Alimentação por Mamadeira
- Apoio ao Cuidador
- Apoio a Irmão
- Apoio Familiar
- Assistência Ventilatória
- Assistência na Amamentação
- Sondagem Vesical
- Sondagem Vesical: intermitente
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Controle Ácido-básico
- Controle do Ambiente

- Controle do Ambiente: conforto
- Controle do Ambiente: processo de vínculo
- Controle do Choque: hipovolêmico
- Controle da Dor
- Controle de Eletrólitos
- Controle de Eletrólitos: hipercalcemia
- Controle de Eletrólitos: hipercalcemia
- Controle de Eletrólitos: hiperfosfatemia
- Controle de Eletrólitos: hipermagnesemia
- Controle de Eletrólitos: hipernatremia
- Controle de Eletrólitos: hipocalcemia
- Controle de Eletrólitos: hipocalemia
- Controle de Eletrólitos: hipofosfatemia
- Controle de Eletrólitos: hipomagnesemia
- Controle de Eletrólitos: hiponatremia
- Controle da Hipovolemia
- Controle Hídrico
- Controle de Medicamentos
- Controle da Tecnologia
- Controle da Ventilação Mecânica: invasiva
- Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva
- Controle de Vias Aéreas
- Controle de Vias Aéreas Artificiais
- Controle da Nutrição
- Cuidados com os Olhos
- Cuidados com o Recém-nascido
- Cuidado Neonatal no Método Canguru
- Cuidados com Bebês
- Cuidados com a Pele: tratamentos tópicos

- Cuidados com Lesões
- Cuidados com Cateter: linha umbilical
- Cuidados com Sondas: gastrointestinal
- Cuidados com Drenos: torácico
- Cuidados com Sondas: urinário
- Cuidados com Circuncisão
- Cuidados com Ostomias
- Desenvolvimento de Protocolos de Cuidados
- Desmame da Ventilação Mecânica
- Documentação
- Orientação aos Pais: bebê
- Extubação Endotraqueal
- Facilitação da Visita
- Fototerapia: recém-nascido
- Inserção e Estabilização de Vias Aéreas Artificiais
- Terapia Endovenosa
- Supervisão da Pele
- Melhora do Sono
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (DAV)
- Monitoração do Recém-nascido
- Monitoração Hídrica
- Monitoração dos Sinais Vitais
- Monitoração Nutricional
- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Plano de Alta
- Posicionamento
- Promoção de Vínculo

- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção contra Infecção
- Regulação de Temperatura
- Reanimação Cardiopulmonar
- Reanimação Cardiopulmonar: neonato
- Aspiração de Vias Aéreas
- Sucção não Nutritiva
- Supervisão
- Terapia Endovenosa (EV)
- Terapia Nutricional
- Transporte: Inter-hospital
- Transporte: Intra-hospital
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem no Controle à Infecção e na Epidemiologia

- Avaliação de Produto
- Coleta de Dados de Pesquisa
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle de Doenças Transmissíveis
- Controle de Imunização/Vacinação
- Controle de Infecção
- Controle de Infecção: transoperatório
- Desenvolvimento de Programa de Saúde
- Educação em Saúde
- Ensino: sexo seguro
- Facilitação da Aprendizagem
- Identificação de Risco
- Monitoração da Política de Saúde
- Controle de Qualidade
- Precauções no Uso de Artigos de Látex

- Preparo contra Bioterrorismo
- Proteção contra Infecção
- Proteção contra Riscos Ambientais
- Supervisão

Enfermagem no Parto

- Aconselhamento Nutricional
- Aconselhamento Sexual
- Aconselhamento para Lactação
- Administração de Medicamentos: intraespinal
- Amnioinfusão
- Apoio à Proteção contra Abuso
- Apoio à Tomada de Decisão
- Assistência na Amamentação
- Avaliação da Saúde
- Consulta por Telefone
- Controle do Ambiente
- Controle da Síndrome Pré-menstrual
- Controle da Dor
- Controle de Medicamentos
- Cuidados com o Recém-nascido
- Cuidados durante o Parto
- Cuidados na Admissão
- Cuidados na Gravidez de Alto Risco
- Cuidados no Pós-parto
- Delegação
- Documentação
- Orientação aos Pais: bebê
- Educação em Saúde
- Encaminhamento

- Ensino: indivíduo
- Escutar Ativamente
- Exame das Mamas
- Identificação de Risco: família que espera um filho
- Melhora da Autocompetência
- Nascimento
- Orientação Antecipada
- Plano de Alta
- Planejamento Familiar: contracepção
- Planejamento Familiar: gravidez não planejada
- Preparo para o Nascimento
- Prescrição de Medicamentos
- Preservação da Fertilidade
- Promoção da Integridade Familiar: família que espera um filho
- Promoção de Vínculo
- Apoio Emocional
- Apoio ao Médico
- Supressão da Lactação
- Sutura
- Terapia de Reposição Hormonal

Enfermagem Obstétrica

- Aconselhamento para Lactação
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: intraespinhal
- Alimentação por Mamadeira
- Assistência na Amamentação
- Controle do Ambiente: processo de vínculo
- Controle da Dor
- Cuidados com o Recém-nascido

- Cuidados com Circuncisão
- Cuidados na Interrupção da Gravidez
- Cuidados durante o Parto
- Cuidados durante o Parto: parto de alto risco
- Cuidados na Gravidez de Alto Risco
- Cuidados no Parto Cesário
- Cuidados no Pós-parto
- Cuidados no Pré-natal
- Orientação aos Pais: bebê
- Facilitação do Processo de Pesar: morte perinatal
- Identificação de Risco: família que espera um filho
- Indução do Trabalho de Parto
- Melhora da Educação em Saúde
- Monitoração de Recém-nascido
- Monitoração Eletrônica do Feto: pré-parto
- Monitoração Eletrônica do Feto: durante o Parto
- Monitoração Hemodinâmica Invasiva
- Nascimento
- Planejamento Familiar: contracepção
- Preparo para o Nascimento
- Promoção da Integridade Familiar: família que espera um filho
- Promoção da Paternidade/Maternidade
- Redução do Sangramento: útero pré-parto
- Redução do Sangramento: útero pós-parto
- Reanimação Cardiopulmonar: feto
- Reanimação Cardiopulmonar: neonato
- Supervisão: gravidez tardia
- Supressão do Trabalho de Parto
- Tratamento do Uso de Drogas

- Acompanhamento por Telefone
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)
- Administração de Medicamentos: oftálmica
- Administração de Medicamentos: oral
- Assistência Cirúrgica
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Consulta
- Controle da Hipoglicemia
- Controle de Infecção
- Controle de Infecção: transoperatório
- Controle da Sedação
- Coordenação Pré-operatória
- Cuidados com os Olhos
- Cuidados com Lentes de Contato
- Cuidados com Local de Incisão
- Cuidados com Próteses
- Ensino: habilidades psicomotoras
- Ensino: indivíduo
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: pré-operatório
- Ensino: procedimento/tratamento
- Ensino: processo da doença
- Escutar Ativamente
- Terapia Endovenosa
- Melhora da Comunicação: déficit visual
- Monitoração dos Sinais Vitais
- Plano de Alta

- Precauções no Uso do *Laser*
- Preparo Cirúrgico
- Prevenção de Quedas
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Supervisão
- Apoio Emocional
- Terapia Endovenosa (EV)

Enfermagem Oncológica

- Acompanhamento por Telefone
- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos
- Apoio ao Cuidador
- Apoio Espiritual
- Assistência quanto a Recursos Financeiros
- Assistência ao Morrer
- Controle do Ambiente: conforto
- Controle da Sensibilidade Periférica
- Controle da Dor
- Controle da Eliminação Urinária
- Controle de Energia
- Controle de Infecção
- Controle Hídrico
- Controle de Medicamentos
- Controle da Náusea
- Controle da Quimioterapia
- Controle da Radioterapia
- Controle do Vômito
- Controle Intestinal
- Controle da Nutrição

- Ensino: procedimento/tratamento
- Ensino: processo da doença
- Grupo de Apoio
- Informações Sensoriais Preparatórias
- Terapia Endovenosa
- Promoção de Esperança
- Melhora da Autocompetência
- Melhora do Enfrentamento
- Interpretação de Dados Laboratoriais
- Manutenção dos Dispositivos para Acesso Venoso (DAV)
- Monitoração Nutricional
- Precauções contra Sangramentos
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Proteção contra Infecção
- Punção de Vaso Cateterizado: amostra de sangue
- Redução da Ansiedade
- Toque Terapêutico
- Tratamento da Febre

Enfermagem Ortopédica

- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: endovenosa (EV)
- Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)
- Administração de Medicamentos: oral
- Administração de Hemoderivados
- Aplicação de Calor/Frio
- Assistência no Autocuidado
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Assistência no Autocuidado: transferências

• Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA)

• Autotransfusão

• Banho

• Verificação de Substância Controlada

• Controle de Constipação/Impactação

• Controle do Delírio

• Controle da Dor

• Controle de Infecção

• Controle da Pressão

• Cuidados da Pele: tratamentos tópicos

• Cuidados na Embolia: periférica

• Cuidados com Aparelho Gessado: manutenção

• Cuidados com Aparelho Gessado: úmido

• Cuidados com Lesões

• Cuidados com Lesões: Drenagem Fechada

• Cuidados com Local de Incisão

• Cuidados com Próteses

• Cuidados na Retenção Urinária

• Cuidados com Sondas: urinário

• Cuidados com Repouso no Leito

• Cuidados com a Tração/Imobilização

• Desenvolvimento de Protocolos de Cuidados

• Ensino: Atividade/Exercício Prescrito

• Ensino: indivíduo

• Ensino: medicamentos prescritos

• Ensino: pré-operatório

• Ensino: procedimento/tratamento

• Informações Sensoriais Preparatórias

• Terapia Endovenosa

- Supervisão da Pele
- Estimulação da Tosse
- Monitoração das Extremidades Inferiores
- Plano de Alta
- Posicionamento
- Prevenção de Quedas
- Promoção do Exercício
- Contenção Física
- Terapia com Exercício: deambulação
- Terapia com Exercício: mobilidade articular
- Terapia Endovenosa (EV)

Enfermagem Otorrinolaringológica e de Cabeça/Pescoço

- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: inalatória
- Administração de Medicamentos: nasal
- Melhora da Imagem Corporal
- Assistência Cirúrgica
- Assistência para Parar de Fumar
- Consulta por Telefone
- Controle de Alergia
- Controle da Asma
- Controle de Infecção: transoperatória
- Controle da Quimioterapia
- Controle da Radioterapia
- Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva
- Controle de Vias Aéreas
- Controle de Vias Aéreas Artificiais
- Coordenação Pré-operatória

- Cuidados com os Ouvidos
- Cuidados com Lesões
- Cuidados com Sondas/Drenos
- Cuidados Pós-anestesia
- Desenvolvimento de Protocolos de Cuidados
- Ensino: Atividade/Exercício Prescrito
- Ensino: Dieta Prescrita
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: pré-operatório
- Ensino: procedimento/tratamento
- Inserção e Estabilização de Vias Aéreas Artificiais
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Comunicação: déficit auditivo
- Melhora da Comunicação: déficit da fala
- Manutenção da Saúde Oral
- Monitoração da Pressão Intracraniana (PIC)
- Plano de Alta
- Posicionamento: transoperatório
- Precauções Cirúrgicas
- Precauções contra Aspiração
- Preparo Cirúrgico
- Promoção da Saúde Oral
- Redução da Ansiedade
- Redução do Sangramento: nasal
- Restauração da Saúde Oral
- Aspiração de Vias Aéreas
- Terapia com Exercício: equilíbrio
- Terapia de Relaxamento

- Apoio à Proteção contra Abuso
- Apoio ao Cuidador
- Apoio Familiar
- Apoio à Tomada de Decisão
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Consulta por Telefone
- Controle do Ambiente: comunidade
- Controle de Medicamentos
- Educação em Saúde
- Encaminhamento
- Ensino: grupo
- Ensino: indivíduo
- Esclarecimento de Valores
- Escutar Ativamente
- Facilitação do Crescimento Espiritual
- Facilitação do Processo de Perdão
- Facilitação do Processo de Culpa
- Facilitação do Processo de Pesar
- Humor
- Promoção de Esperança
- Melhora da Socialização
- Melhora do Enfrentamento
- Estímulo a Rituais Religiosos
- Melhora da Educação em Saúde
- Intermediação Cultural
- Intervenção na Crise
- Orientação quanto ao Sistema de Saúde
- Orientação Antecipada
- Presença

- Prevenção de Dependência Religiosa
- Promoção da Integridade Familiar
- Redução do Estresse por Mudança
- Supervisão
- Apoio ao Sustento
- Apoio Emocional
- Apoio Espiritual
- Toque
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem Pediátrica

- Administração de Medicamentos
- Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)
- Alimentação
- Apoio à Proteção contra Abuso: criança
- Apoio ao Cuidador
- Cuidados com o Desenvolvimento
- Assistência na Amamentação
- Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle da Asma
- Controle da Dor
- Controle Hidroeletrólítico
- Controle de Imunização/Vacinação
- Controle da Tecnologia
- Controle da Nutrição
- Cuidados com Bebês
- Documentação
- Orientação aos Pais: adolescente
- Orientação aos Pais: bebê

- Orientação aos Pais: educando os filhos
- Educação em Saúde
- Ensino: estimulação do bebê 0-4 meses
- Ensino: estimulação do bebê 5-8 meses
- Ensino: estimulação do bebê 9-12 meses
- Ensino: nutrição do bebê 0-3 meses
- Ensino: nutrição do bebê 10-12 meses
- Ensino: nutrição do bebê 13-18 meses
- Ensino: nutrição do bebê 19-24 meses
- Ensino: nutrição do bebê 25-36 meses
- Ensino: nutrição do bebê 4-6 meses
- Ensino: nutrição do bebê 7-9 meses
- Ensino: segurança do bebê 0-3 meses
- Ensino: segurança do bebê 10-12 meses
- Ensino: segurança do bebê 13-18 meses
- Ensino: segurança do bebê 19-24 meses
- Ensino: segurança do bebê 25-36 meses
- Ensino: segurança do bebê 4-6 meses
- Ensino: segurança do bebê 7-9 meses
- Ensino: treinamento dos esfíncteres
- Facilitação da Presença da Família
- Identificação de Risco
- Identificação de Risco: genético
- Melhora do Desenvolvimento: criança
- Brinquedo Terapêutico
- Monitoração dos Sinais Vitais
- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Plano de Alta

- Prevenção de Lesões Desportivas: jovens
- Promoção de Vínculo
- Promoção de Normalidade
- Promoção da Segurança em Veículos
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Supervisão
- Apoio Emocional
- Terapia para Trauma: criança
- Terapia Endovenosa (EV)
- Tratamento da Febre

Enfermagem Perioperatória

- Administração de Hemoderivados
- Assistência Cirúrgica
- Assistência no Autocuidado: transferências
- Autotransusão
- Avaliação de Produto
- Controle do Ambiente: conforto
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle do Ambiente: segurança do trabalhador
- Controle de Amostras para Exames
- Controle da Anafilaxia
- Controle de Eletrólitos
- Controle de Suprimentos
- Controle de Infecção: transoperatória
- Controle da Pressão
- Controle da Sedação
- Controle da Tecnologia
- Coordenação Pré-operatória
- Cuidados da Pele: local de enxerto

- Cuidados da Pele: local da doação
- Cuidados com Lesões
- Cuidados Pós-anestesia
- Delegação
- Desenvolvimento de Protocolos de Cuidados
- Documentação
- Ensino: pré-operatório
- Escutar Ativamente
- Indução de Hipotermia
- Supervisão da Pele
- Monitoração Hídrica
- Controle de Qualidade
- Monitoração de Sinais Vitais
- Oxigenoterapia
- Plano de Alta
- Posicionamento: Transoperatória
- Precauções Cirúrgicas
- Precauções no Uso do *Laser*
- Precauções no Uso de Artigos de Látex
- Precauções no Uso de Torniquete Pneumático
- Precauções contra Hipertermia Maligna
- Preceptor: funcionário
- Preparo Cirúrgico
- Presença
- Proteção dos Direitos do Paciente
- Redução da Ansiedade
- Regulação da Temperatura: transoperatório
- Supervisão: segurança
- Apoio Emocional

- Apoio ao Médico
- Sutura
- Toque
- Transporte: intra-hospitalar

Enfermagem Psiquiátrica/de Saúde Mental

- Aconselhamento
- Administração de Medicamentos
- Apoio à Proteção contra Abuso
- Melhora da Imagem Corporal
- Assistência no Controle da Raiva
- Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária
- Biblioterapia
- Construção de Relação Complexa
- Consulta
- Controle do Ambiente: prevenção da violência
- Controle de Alucinações
- Gerenciamento de Caso
- Controle da Demência
- Controle da Demência: banho
- Controle de Desilusão
- Controle de Distúrbios da Alimentação
- Controle de Humor
- Controle de Medicamentos
- Controle de Eletroconvulsoterapia (ECT)
- Controle do Comportamento: Autodestruição
- Controle do Comportamento: hiperatividade/desatenção
- Controle do Comportamento: sexual
- Escutar Ativamente
- Estabelecimento de Limites

- Facilitação da Licença
- Facilitação do Processo de Culpa
- Facilitação do Processo de Pesar
- Fototerapia: regulação do humor/sono
- Grupo de Apoio
- Melhora da Autocompetência
- Melhora da Autoestima
- Melhora do Enfrentamento
- Melhora da Educação em Saúde
- Intervenção na Crise
- Reclusão
- Brinquedo Terapêutico
- Modificação do Comportamento
- Modificação do Comportamento: habilidades sociais
- Orientação para a Realidade
- Precauções contra Fuga
- Precauções contra Incêndio
- Prevenção do Suicídio
- Prevenção do Uso de Drogas
- Promoção do Envolvimento Familiar
- Redução da Ansiedade
- Reestruturação Cognitiva
- Registros de Ações
- Restrição de Área
- Contenção Física
- Contenção Química
- Técnica para Acalmar
- Terapia Sócio-ambiental
- Terapia de Grupo

- Terapia de Recordações
- Terapia Familiar
- Tratamento do Uso de Drogas: abstinência de álcool
- Tratamento do Uso de Drogas: abstinência
- Treinamento da Assertividade
- Treinamento para Controle de Impulsos

Enfermagem Radiológica

- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos
- Administração de Medicamentos: endovenosa (EV)
- Administração de Hemoderivados
- Assistência em Exames
- Cuidados de Emergência
- Assistência Ventilatória
- Assistência para Parar de Fumar
- Avaliação da Saúde
- Sondagem Vesical
- Coleta de Dados de Pesquisa
- Consulta por Telefone
- Controle do Ambiente: segurança
- Controle de Alergia
- Controle da Tecnologia
- Controle de Arritmias
- Controle da Dor
- Controle de Hemorragia
- Controle Hidroeletrolítico
- Controle de Infecção
- Controle Hídrico
- Controle do Marcapasso: definitivo

- Controle da Sedação
- Controle da Tecnologia
- Controle da Radioterapia
- Controle de Vias Aéreas
- Cuidados na Embolia: periférica
- Cuidados na Embolia: pulmonar
- Cuidados com Sondas/Drenos
- Cuidados com Sondas: gastrointestinal
- Cuidados com Drenos: torácico
- Cuidados com Sondas: urinário
- Encaminhamento
- Ensino: indivíduo
- Ensino: procedimento/tratamento
- Informações Sensoriais Preparatórias
- Terapia Endovenosa
- Intensificação de Segurança
- Monitoração Hídrica
- Controle de Qualidade
- Monitoração dos Sinais Vitais
- Monitoração Neurológica
- Monitoração Respiratória
- Oxigenoterapia
- Plano de Alta
- Precauções Cardíacas
- Precauções Circulatórias
- Precauções no Uso do *Laser*
- Precauções no Uso de Artigos de Látex
- Precauções contra Embolia
- Precauções contra Sangramentos

- Precauções contra Aspiração
- Prevenção contra Choque
- Promoção de Perfusão Cerebral
- Proteção contra Infecção
- Redução da Ansiedade
- Redução do Sangramento
- Relato de Incidentes
- Reposição de Líquidos
- Reanimação Cardiopulmonar
- Aspiração de Vias Aéreas
- Supervisão de Funcionários
- Apoio Emocional
- Técnica para Acalmar
- Terapia de Relaxamento
- Terapia Endovenosa (EV)
- Toque
- Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Enfermagem Urológica

- Administração de Analgésicos
- Administração de Medicamentos
- Apoio ao Cuidador
- Melhora da Imagem Corporal
- Assistência Cirúrgica
- Coordenação Pré-operatória
- Biofeedback
- Controle de Amostras para Exames
- Controle da Eliminação Urinária
- Controle de Infecção: Transoperatório
- Controle de Medicamentos

- Controle do Pessário
- Controle da Quimioterapia
- Controle de Radioterapia
- Controle Hidroeletrólítico
- Cuidados com Lesões
- Cuidados com Sondas/Drenos
- Cuidados com Sondas: urinário
- Cuidados com Ostomiass
- Cuidados na Incontinência Urinária
- Cuidados na Retenção Urinária
- Ensino: indivíduo
- Ensino: medicamentos prescritos
- Ensino: pré-operatório
- Ensino: procedimento/tratamento
- Ensino: processo da doença
- Escutar Ativamente
- Exercício para a Musculatura Pélvica
- Gerenciamento de Caso
- Informações Sensoriais Preparatórias
- Manutenção de Acesso para Diálise
- Micção Induzida
- Modificação do Comportamento
- Posicionamento: transoperatório
- Precauções Cirúrgicas
- Precauções no Uso de Artigos de Látex
- Preparo Cirúrgico
- Regulação da Temperatura: transoperatório
- Sondagem Vesical: intermitente
- Terapia Endovenosa (EV)

Enfermagem Vascular

- Assistência no Autocuidado
- Assistência para Parar de Fumar
- Avaliação da Saúde
- Controle da Sensibilidade Periférica
- Controle da Dor
- Controle de Medicamentos
- Controle da Negligência Unilateral
- Controle da Nutrição
- Cuidados Circulatórios: insuficiência arterial
- Cuidados Circulatórios: insuficiência venosa
- Cuidados da Pele: local do enxerto
- Cuidados da Pele: local da doação
- Cuidados da Pele: tratamentos tópicos
- Cuidados com as Unhas
- Cuidados com Lesões
- Cuidados com o Local de Incisão
- Cuidados com os Pés
- Cuidados com Próteses
- Cuidados com Úlceras de Pressão
- Cuidados na Amputação
- Cuidados na Embolia: periférica
- Cuidados na Embolia: pulmonar
- Ensino: Atividade/Exercício Prescrito
- Ensino: Cuidados com os Pés
- Ensino: indivíduo
- Facilitação do Processo de Pesar
- Identificação de Risco

- Monitoração das Extremidades Inferiores
- Plano de Alta
- Precauções Circulatórias
- Precauções contra Embolia
- Prevenção de Úlceras de Pressão
- Promoção do Exercício: treino para fortalecimento
- Proteção contra Infecção
- Terapia com Sanguessugas
- Terapia com Exercício: deambulação
- Terapia de Exercício: controle muscular
- Terapia com Exercício: mobilidade articular

PARTE CINCO

Tempo Estimado e Nível de Formação Necessários para a Realização das Intervenções NIC

Tempo Estimado e Nível de Formação Necessários para a Realização das Intervenções NIC

Nesta parte do livro listamos o tempo estimado para a realização das 542 intervenções e o tipo de profissional necessário para sua execução. O material incluído aqui é uma atualização de uma monografia já existente com o título *Estimated Time and Educational Requirements to Perform 486 Nursing Interventions*,² publicado pelo Center of Nursing Classification and Clinical Effectiveness da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa. Uma versão preliminar de partes da monografia foi publicada no *Nursing Economic\$* (“*Determining Cost of Nursing Interventions: A Beginning*”).³

METODOLOGIA

Etapa 1: As 433 intervenções incluídas na segunda edição da NIC foram classificadas em 1999, em resposta a uma solicitação de um usuário que estava incorporando a NIC em um manual de codificação/reembolso.¹ Grupos pequenos de membros de equipes de pesquisa classificam as intervenções escolhidas dentro de sua área de especialidade em relação a (1) formação necessária para cada intervenção e (2) tempo necessário para a realização de cada uma. Os membros do grupo de cálculos buscaram na segunda edição da NIC⁴ as definições e atividades das intervenções. Cada grupo de classificadores encaminhou seu trabalho aos pesquisadores principais que, com dois outros membros da equipe de pesquisa, revisaram todas as classificações das intervenções em relação à coerência em geral.

Etapa 2: No segundo semestre de 2000, foram classificadas as 53 novas intervenções incluídas na terceira edição da NIC, publicada em 2000, seguindo a mesma metodologia utilizada anteriormente.⁵ As mudanças nas intervenções da segunda para a terceira edição também foram examinadas em relação a seu impacto nas avaliações. Em seguida, todas as 486 intervenções foram revisadas em conjunto, e algumas foram modificadas para tornarem-se coerentes com outras da mesma classe. Esta informação foi publicada em uma monografia.²

Etapa 3: Em 2002, durante a preparação do manuscrito para a quarta edição,⁶ estimamos o tempo e nível de formação necessários para cada uma das 29 novas intervenções da quarta edição, além da revisão das tabelas, acrescentando novas intervenções e excluindo antigas, e a realização de outras pequenas modificações. Um processo semelhante foi realizado para incorporar as 34 novas intervenções dessa edição, assim como mudanças e exclusão na classificação.

Um exemplo das orientações e da forma de classificação pode ser observado nas [Figuras 1 e 2](#).

Marque apenas um item para cada área.

Formação Profissional Necessária: Qual é o nível mínimo educacional necessário para a realização da intervenção? (Isso significa que todas ou a grande maioria das atividades podem ser realizadas pela pessoa indicada). A licença de enfermeiro assistencial inclui grau associado, diploma ou bacharelado. O enfermeiro especialista possui formação ou treinamento especializado, além de qualquer uma das formações educacionais como um mestrado, com ou sem certificação, ou um curso de curta duração que resulte em um certificado ou certificação. A indicação de apenas três categorias não constitui uma medida muito sensível, mas não é possível (ou desejável) nesse momento, fazer uma distinção mais acurada. Além disso, deve-se considerar a expressão "na maioria dos casos e na maior parte dos estados", visto que pode haver diferenças regionais ou estaduais. Todavia, cabe aos responsáveis pelos planos de saúde essa determinação.

Tempo Necessário: Pense no tempo médio necessário para a realização da intervenção. Quanto tempo, em média, é gasto para realizar tal intervenção? Mesmo que o tempo varie de acordo com o paciente, o enfermeiro e a especialidade, essas diferenças são desconhecidas no momento e por isso serão utilizadas as médias. É preciso um ponto de partida, um tempo médio que pode ser utilizado para determinar os valores de reembolso. Desejamos que o tempo seja suficiente para a conclusão da intervenção, mas não ao ponto de elevar em demasia o valor da intervenção. Quanto maior for o tempo, maior o valor a ser pago pelo plano de saúde e cliente.

Figura 1 Instruções quanto à formação e tempo necessários para cada intervenção.

FISIOLOGICO BÁSICO: Aumento da Atividade e do Exercício	
<u>Promoção da Mecânica Corporal</u>	
Formação Necessária (marcar um)	Tempo Necessário (marcar um)
Aux./Téc. de Enfermagem	15 minutos ou menos
Enfermeiro Assistencial	16-30 minutos
Enfermeiro Especialista	31-45 minutos
	46-60 minutos
	Mais de 1 hora
<u>Controle de Energia</u>	
Formação Necessária (marcar um)	Tempo Necessário (marcar um)
Aux./Téc. de Enfermagem	15 minutos ou menos
Enfermeiro Assistencial	16-30 minutos
Enfermeiro Especialista	31-45 minutos
	46-60 minutos
	Mais de 1 hora
<u>Promoção do Exercício</u>	
Formação Necessária (marcar um)	Tempo Necessário (marcar um)
Aux./Téc. de Enfermagem	15 minutos ou menos
Enfermeiro Assistencial	16-30 minutos
Enfermeiro Especialista	31-45 minutos
	46-60 minutos
	Mais de 1 hora
<u>Terapia com Exercício: Deambulação</u>	
Formação Necessária (marcar um)	Tempo Necessário (marcar um)
Aux./Téc. de Enfermagem	15 minutos ou menos
Enfermeiro Assistencial	16-30 minutos
Enfermeiro Especialista	31-45 minutos
	46-60 minutos
	Mais de 1 hora

©Center for Nursing Classification, 2000

Figura 2 Exemplo de formulário de classificação. (As estimativas foram feitas nesse formulário para as intervenções da NIC incluídas na classe taxonômica Controle da Atividade e do Exercício, em Fisiológico: Domínio Básico.

(Copyright Center for Nursing Classification Effectiveness, 2000. Uso mediante permissão.)

A *formação necessária* foi definida como o nível mínimo de formação necessário para a execução de uma intervenção na maioria dos casos e estados, e classificada como (1) auxiliar técnico de enfermagem; (2) enfermeiro assistencial; e (3) enfermeiro com formação ou certificado de especialista. A especialidade foi definida como educação especializada ou um curso de curta duração que resulte em um certificado ou certificação. Essas categorias foram definidas após ampla discussão onde foram selecionadas dentre diversas outras possibilidades, porque se acreditou que permitiriam aos classificadores fazer discriminações entre elas,

mas não com um grau de refinamento que os impedissem de ser coerentes. Os tipos de preparo considerados básicos foram agrupados em uma única categoria, uma vez que refletem a realidade da prática assistencial, que nem sempre diferencia as responsabilidades de trabalho pelo nível de formação do enfermeiro.

O *tempo necessário* foi definido como o tempo médio necessário para a realização de uma intervenção. Foi solicitado aos avaliadores que identificassem o tempo médio que pudesse ser utilizado para determinar as taxas de reembolso. O tempo deveria ser longo o suficiente para que a intervenção fosse executada, porém não tanto a ponto de elevar excessivamente os custos para o pagamento pelo plano de saúde ou pelo cliente. Os avaliadores selecionaram uma dentre cinco possibilidades de tempo estimadas: (1) 15 minutos ou menos; (2) de 16 a 30 minutos; (3) de 31 a 45 minutos; (4) de 46 a 60 minutos; e (5) mais de 1 hora.

RESULTADOS

A [Tabela 1](#) lista, em ordem alfabética, os requisitos de tempo e formação, estabelecidos pelos avaliadores para todas as 542 intervenções. Essa tabela pode ser utilizada para consultar o tempo e formação necessários para qualquer uma das intervenções.

Tabela 1 Tempo E FORMAÇÃO PARA AS 542 INTERVENÇÕES DA NIC LISTADAS EM ORDEM ALFABÉTICA

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Acompanhamento por TELEFONE	8190	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
ACONSELHAMENTO	5240	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Aconselhamento GENÉTICO	5242	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Aconselhamento na PRÉ-CONCEPÇÃO	5247	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Aconselhamento NUTRICIONAL	5246	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Aconselhamento para LACTAÇÃO	5244	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Aconselhamento SEXUAL	5248	Enfermeiro Especialista	46-60 min
ACUPRESSÃO	1320	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Administração de ANALGÉSICOS	2210	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Administração de ANALGÉSICOS: intraespinhal	2214	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Administração de ANESTESIA	2840	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Administração de HEMODERIVADOS	4030	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Administração de MEDICAMENTOS	2300	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: enteral	2301	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: inalatória	2311	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: interpleural	2302	Enfermeiro Especialista	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: intradérmica	2312	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: intraespinal	2319	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: intramuscular (IM)	2313	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: intraóssea	2303	Enfermeiro Especialista	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: endovenosa (EV)	2314	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: nasal	2320	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: oftálmica	2310	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: oral	2304	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: otológica	2308	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: reservatório ventricular	2307	Enfermeiro Especialista	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: retal	2315	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: subcutânea	2317	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: tópica	2316	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de MEDICAMENTOS: vaginal	2318	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Administração de NUTRIÇÃO Parenteral Total (NPT)	1200	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ALIMENTAÇÃO	1050	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
ALIMENTAÇÃO por Mamadeira	1052	Aux./Téc. de Enfermagem	31-45 min
ALIMENTAÇÃO por Sonda Enteral	1056	Enfermeiro Assistencial	16-30 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
AMNIOINFUSÃO	6700	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Amostra de SANGUE Capilar	4035	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Aplicação de CALOR/FRIO	1380	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Apoio a IRMÃOS	7280	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Apoio à Proteção contra ABUSO	6400	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Apoio à Proteção contra ABUSO: criança	6402	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Apoio à Proteção contra ABUSO: idoso	6404	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Apoio à Proteção contra ABUSO: parceiro no lar	6403	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Apoio à Proteção contra ABUSO: religioso	6408	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Apoio à Tomada de DECISÃO	5250	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Apoio ao CUIDADOR	7040	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Apoio ao MÉDICO	7710	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Apoio ao SUSTENTO	7500	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Apoio EMOCIONAL	5270	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Apoio ESPIRITUAL	5420	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Apoio FAMILIAR	7140	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
AROMATERAPIA	1330	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
ARTETERAPIA	4330	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Aspiração de VIAS AÉREAS	3160	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Assistência à ANALGESIA Controlada pelo Paciente (PCA)	2400	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Assistência ao MORRER	5260	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Assistência CIRÚRGICA	2900	Aux./Téc. de Enfermagem	Mais de 1 h
Assistência no AUTOCUIDADO	1800	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Assistência no AUTOCUIDADO: alimentação	1803	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Assistência no AUTOCUIDADO: atividades essenciais da vida diária	1805	Enfermeiro Assistencial	46-60min
Assistência no AUTOCUIDADO: banho/higiene	1801	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Assistência no AUTOCUIDADO: transferência	1806	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Assistência no AUTOCUIDADO: uso de vaso Sanitário	1804	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Assistência no AUTOCUIDADO: vestir/arrumar-se	1802	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Assistência em EXAMES	7680	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Assistência na AMAMENTAÇÃO	1054	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Assistência na AUTOMODIFICAÇÃO	4470	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Assistência para Reduzir o Peso	1280	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Assistência no Controle da RAIVA	4640	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Assistência para Aumentar o PESO	1240	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Assistência para a Manutenção do LAR	7180	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Assistência para Parar de FUMAR	4490	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Coordenação PRÉ-OPERATÓRIA	2880	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Assistência quanto a RECURSOS Financeiros	7380	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Assistência VENTILATÓRIA	3390	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Autorização do SEGURO	7410	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
AUTOTRANSFUSÃO	2860	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Avaliação da SAÚDE	6520	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
AVALIAÇÃO de Desempenho	7700	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Avaliação de PRODUTO	7760	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
BANHO	1610	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
BIBLIOTERAPIA	4680	Enfermeiro Especialista	46-60 min
BIOFEEDBACK	5860	Enfermeiro Especialista	46-60 min
BRINQUEDO Terapêutico	4430	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Captção de ÓRGÃOS	6260	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Coleta de Dados de PESQUISA	8120	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Coleta de Dados FORENSES	7940	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Conduta da RADIOTERAPIA	6600	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Controle do CHOQUE	4250	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle do CHOQUE: cardiogênico	4254	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle do CHOQUE: hipovolêmico	4258	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do CHOQUE: vasogênico	4256	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle na Hiperglicemia	2120	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de Distúrbios ALIMENTARES	1030	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Construção de RELAÇÃO Complexa	5000	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
CONSULTA	7910	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Consulta por TELEFONE	8180	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Contenção de CUSTOS	7630	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
CONTENÇÃO Física	6580	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
CONTENÇÃO Química	6430	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
CONTRATO com o Paciente	4420	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Controle ÁCIDO-BÁSICO	1910	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle ÁCIDO-BÁSICO: acidose metabólica	1911	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle ÁCIDO-BÁSICO: acidose respiratória	1913	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle ÁCIDO-BÁSICO: alcalose metabólica	1912	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle ÁCIDO-BÁSICO: alcalose respiratória	1914	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle da ANAFILAXIA	6412	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Controle da ASMA	3210	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle da DEMÊNCIA	6460	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle da DEMÊNCIA: banho	6462	Aux./Téc. de Enfermagem	31-45 min
Controle da DOR	1400	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle da Eliminação URINÁRIA	0590	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Controle da HIPERVOLEMIA	4170	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle da HIPOGLICEMIA	2130	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle da HIPOVOLEMIA	4180	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle da NÁUSEA	1450	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle da NEGLIGÊNCIA Unilateral	2760	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle da PRESSÃO	3500	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle da QUIMIOTERAPIA	2240	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Controle da SEDAÇÃO	2260	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Controle da SENSIBILIDADE Periférica	2660	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Controle da SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL	1440	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Controle da TECNOLOGIA	7880	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Controle da Tecnologia REPRODUTIVA	7886	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Controle da VENTILAÇÃO Mecânica: invasiva	3300	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Controle da VENTILAÇÃO Mecânica: não invasiva	3302	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de ALERGIA	6410	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle de ALUCINAÇÕES	6510	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de AMOSTRAS para Exames	7820	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Controle de ARRITMIAS	4090	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de CONSTIPAÇÃO/IMPACTAÇÃO	0450	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de CONVULSÕES	2680	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de DIARREIA	0460	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Controle de DISREFLEXIA	2560	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	8820	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Controle de ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT)	2570	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de ELETRÓLITOS	2000	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle de ELETRÓLITOS: hipercalcemia	2001	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hipercalemia	2002	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hiperfosfatemia	2005	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hipermagnesemia	2003	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hipernatremia	2004	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hipocalcemia	2006	Enfermeiro Assistencial	16-30min
Controle de ELETRÓLITOS: hipocalemia	2007	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hipofosfatemia	2010	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hipomagnesemia	2008	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ELETRÓLITOS: hiponatremia	2009	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de ENERGIA	0180	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de HEMORRAGIA	4160	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Controle do DELÍRIO	6440	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de IMUNIZAÇÃO/VACINAÇÃO	6530	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de INFECÇÃO	6540	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle de INFECÇÃO: transoperatória	6545	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de MEDICAMENTOS	2380	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de NUTRIÇÃO	1100	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Controle de PRURIDO	3550	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de QUALIDADE	7800	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de SUPRIMENTOS	7840	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Controle da Terapia TROMBOEMBOLÍTICA	4270	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle de VIAS AÉREAS	3140	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle de VIAS AÉREAS Artificiais	3180	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Controle do Ambiente	6480	Aux./Téc. de Enfermagem	31-45 min
Controle do AMBIENTE: comunidade	6484	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle do AMBIENTE: conforto	6482	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Controle do AMBIENTE: preparo do lar	6485	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle do AMBIENTE: prevenção de violência	6487	Aux./Téc. de Enfermagem	Mais de 1 h
Controle do AMBIENTE: processo de vínculo	6481	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Controle do AMBIENTE: segurança	6486	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do AMBIENTE: segurança do trabalhador	6489	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle do COMPORTAMENTO	4350	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Controle do COMPORTAMENTO: autoagressão	4354	Enfermeiro Assistencial	31-45 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Controle do COMPORTAMENTO: hiperatividade/desatenção	4352	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do COMPORTAMENTO: sexual	4356	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle de Ideias DELIRANTES	6450	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle do DESFIBRILADOR: externo	4095	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do DESFIBRILADOR: interno	4096	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle de Edema CEREBRAL	2540	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Controle do HUMOR	5330	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do MARCAPASSO: definitivo	4091	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do MARCAPASSO: temporário	4092	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do PESO	1260	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle do PESSÁRIO	0630	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle do VÔMITO	1570	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Controle HÍDRICO	4120	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle HIDROELETROLÍTICO	2080	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Controle INTESTINAL	0430	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Controle no Prolapso RETAL	0490	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Cuidado NEONATAL: método canguru	6840	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Cuidados CARDÍACOS	4040	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados CARDÍACOS: fase aguda	4044	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados CARDÍACOS: reabilitação	4046	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Cuidados CIRCULATÓRIOS: equipamentos de suporte circulatório mecânico	4064	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados CIRCULATÓRIOS: insuficiência arterial	4062	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Cuidados CIRCULATÓRIOS: insuficiência venosa	4066	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Cuidados com a CIRCUNCISÃO	3000	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Cuidados com a TRAÇÃO/IMOBILIZAÇÃO	0940	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Cuidados com Aparelho GESSADO: manutenção	0762	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Cuidados com Aparelho GESSADO: úmido	0764	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados com as UNHAS	1680	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Cuidados com CATETER: linha umbilical	1875	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Cuidados com DRENOS: ventriculostomia/dreno lombar	1878	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Cuidados com DRENOS: torácico	1872	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Cuidados com LENTES DE CONTATO	1620	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Cuidados com LESÕES	3660	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados com LESÕES: drenagem fechada	3662	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados com LESÕES: queimadura	3661	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Cuidados com Local de INCISÃO	3440	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados com BEBÊS	6820	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Cuidados com o CATETER Central de Inserção Periférica (PICC)	4220	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Cuidados com o DESENVOLVIMENTO	8250	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Cuidados com o PERÍNEO	1750	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Cuidados com o RECÉM-NASCIDO	6880	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Cuidados com o REPOUSO no Leito	0740	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Cuidados com os CABELOS	1670	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Cuidados com os OLHOS	1650	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Cuidados com os OUVIDOS	1640	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados com os PÉS	1660	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados com OSTOMIAS	0480	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Cuidados com PRÓTESES	1780	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Cuidados com SONDAS/DRENOS	1870	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Cuidados com SONDAS: gastrointestinal	1874	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Cuidados com SONDAS: urinário	1876	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Cuidados com ÚLCERAS de Pressão	3520	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Cuidados da PELE: local da doação	3582	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados da PELE: local do enxerto	3583	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados da PELE: tratamentos tópicos	3584	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados de EMERGÊNCIA	6200	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Cuidados durante o PARTO	6830	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Cuidados durante o PARTO: parto de alto risco	6834	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Cuidados durante o Repouso do CUIDADOR	7260	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Cuidados na ADMISSÃO	7310	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados na AMPUTAÇÃO	3420	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados na EMBOLIA: periférica	4104	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados na EMBOLIA: pulmonar	4106	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados na GRAVIDEZ de Alto Risco	6800	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Cuidados na Incontinência INTESTINAL	0410	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados na Incontinência INTESTINAL: encoprese	0412	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados na Incontinência URINÁRIA	0610	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados na Incontinência URINÁRIA: enurese	0612	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Cuidados na Interrupção da GRAVIDEZ	6950	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Cuidados na Retenção URINÁRIA	0620	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
NASCIMENTO	6720	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Cuidados no PARTO Cesário	6750	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Cuidados no PRÉ-NATAL	6960	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Cuidados PÓS-ANESTESIA	2870	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Cuidados PÓS-MORTE	1770	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Cuidados PÓS-PARTO	6930	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
DELEGAÇÃO	7650	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
DEPOIMENTO/Testemunho	7930	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Desenvolvimento de FUNCIONÁRIOS	7850	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Desenvolvimento da SAÚDE Comunitária	8500	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Desenvolvimento do PROGRAMA de Saúde	8700	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Desenvolvimento de PROTOCOLOS de Cuidados	7640	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Desmame da VENTILAÇÃO Mecânica	3310	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
DISTRAÇÃO	5900	Aux./Téc. de Enfermagem	31-45 min
Dizer a VERDADE	5470	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
DOCUMENTAÇÃO	7920	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Educação em SAÚDE	5510	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENCAMINHAMENTO	8100	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: atividade/exercício prescrito	5612	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: cuidados com os pés	5603	Enfermeiro Assistencial	16-30 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
ENSINO: dieta prescrita	5614	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: estimulação do bebê 0-4 meses	5655	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: estimulação do bebê 5-8 meses	5656	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: estimulação do bebê 9-12 meses	5657	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: grupo	5604	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
ENSINO: habilidades psicomotoras	5620	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: indivíduo	5606	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
ENSINO: medicamentos prescritos	5616	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: nutrição do bebê 0-3 meses	5640	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: nutrição do bebê 10-12 meses	5643	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: nutrição do bebê 4-6 meses	5641	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: nutrição do bebê 7-9 meses	5642	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: nutrição infantil 13-18 meses	5660	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: nutrição infantil 19-24 meses	5661	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: nutrição infantil 25-36 meses	5662	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: pré-operatório	5610	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: procedimento/tratamento	5618	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: processo da doença	5602	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: segurança do bebê 0-3 meses	5645	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: segurança do bebê 10-12 meses	5648	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: segurança do bebê 4-6 meses	5646	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: segurança do bebê 7-9 meses	5647	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: segurança infantil 13-18 meses	5665	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: segurança infantil 19-24 meses	5666	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: segurança infantil 25-36 meses	5667	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: sexo seguro	5622	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: sexualidade	5624	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ENSINO: treinamento dos esfíncteres	5634	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Sondagem GASTROINTESTINAL	1080	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Esclarecimento de VALORES	5480	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
ESCUTAR Ativamente	4920	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Estabelecimento de LIMITES	4380	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Estabelecimento de METAS Mútuas	4410	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Estimulação da TOSSE	3250	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Estimulação COGNITIVA	4720	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Estimulação CUTÂNEA	1340	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Estimulação da IMAGINAÇÃO	6000	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Estimulação Elétrica NERVOSA Transcutânea (TENS)	1540	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Estímulo a Rituais RELIGIOSOS	5424	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Exame das MAMAS	6522	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Exercícios para a Musculatura PÉLVICA	0560	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Extubação ENDOTRAQUEAL	3270	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Facilitação da APRENDIZAGEM	5520	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Facilitação à AUTO-HIPNOSE	5922	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Facilitação da AUTORRESPONSABILIDADE	4480	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Facilitação da LICENÇA	7440	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Facilitação da Presença da FAMÍLIA	7170	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Facilitação da VISITA	7560	Aux./Téc. de Enfermagem	15min ou menos
Facilitação do Crescimento ESPIRITUAL	5426	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Facilitação do Processo de MEDITAÇÃO	5960	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Facilitação do Processo de PERDÃO	5280	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Facilitação do Processo de PESAR	5290	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Facilitação do Processo de PESAR: morte perinatal	5294	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Facilitação do Processo de CULPA	5300	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Fisioterapia RESPIRATÓRIA	3230	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Melhora da AUTOCOMPETÊNCIA	5395	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Melhora da AUTOESTIMA	5400	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Melhora da AUTOPERCEÇÃO	5390	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Aumento da SEGURANÇA	5380	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Melhora da SOCIALIZAÇÃO	5100	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Melhora do Sistema de APOIO	5440	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
FOTOTERAPIA: recém-nascido	6924	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
FOTOTERAPIA: regulação do humor/sono	6926	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Gerenciamento de CASO	7320	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Gerenciamento de RECURSOS Financeiros	8550	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Gerenciamento do Protocolo de EMERGÊNCIA	6140	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
GRUPO de Apoio	5430	Enfermeiro Especialista	46-60 min
HIPNOSE	5920	Enfermeiro Especialista	46-60 min
HUMOR	5320	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Identificação de RISCO	6610	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Identificação de RISCO: família que espera um filho	6612	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Identificação de RISCO: genético	6614	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
IMOBILIZAÇÃO	0910	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Indução de HIPOTERMIA	3790	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Indução do Trabalho de PARTO	6850	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Informações SENSORIAIS Preparatórias	5580	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Inserção e Estabilização de VIAS AÉREAS Artificiais	3120	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Intermediação CULTURAL	7330	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Interpretação de Dados LABORATORIAIS	7690	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Intervenção na CRISE	6160	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Irrigação de LESÕES	3680	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Irrigação VESICAL	0550	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Lavagem INTESTINAL	0420	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Manutenção da Saúde ORAL	1710	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Manutenção de Acesso para DIÁLISE	4240	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Manutenção de Dispositivos para ACESSO VENOSO (DAV)	2440	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Manutenção do Processo FAMILIAR	7130	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Marketing SOCIAL	8750	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
MASSAGEM	1480	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Mediação de CONFLITOS	5020	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Melhora da COMUNICAÇÃO: déficit auditivo	4974	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Melhora da COMUNICAÇÃO: déficit da fala	4976	Enfermeiro Assistencial	31-45 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Melhora da COMUNICAÇÃO: déficit visual	4978	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30min
Melhora da Disposição para APRENDER	5540	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Melhora da Educação em SAÚDE	5515	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Melhora da IMAGEM Corporal	5220	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Melhora do DESENVOLVIMENTO: adolescente	8272	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Melhora do DESENVOLVIMENTO: criança	8274	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Melhora do ENFRENTAMENTO	5230	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Melhora do PAPEL	5370	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Melhora do SONO	1850	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
MICÇÃO Induzida	0640	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Mobilização FAMILIAR	7120	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Modificação do COMPORTAMENTO	4360	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Modificação do COMPORTAMENTO: habilidades sociais	4362	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Monitoração da PRESSÃO Intracraniana (PIC)	2590	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Monitoração ÁCIDO-BÁSICO	1920	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Monitoração das EXTREMIDADES Inferiores	3480	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Monitoração de ELETRÓLITOS	2020	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Monitoração de Políticas de SAÚDE	7970	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Monitoração de SINAIS VITAIS	6680	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Monitoração do RECÉM-NASCIDO	6890	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Monitoração Eletrônica do FETO: durante o parto	6772	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Monitoração Eletrônica do FETO: pré-parto	6771	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Monitoração HEMODINÂMICA Invasiva	4210	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Monitoração HÍDRICA	4130	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Monitoração NEUROLÓGICA	2620	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Monitoração NUTRICIONAL	1160	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Monitoração RESPIRATÓRIA	3350	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
MUSICOTERAPIA	4400	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
ORIENTAÇÃO para a Realidade	4820	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
ORIENTAÇÃO Antecipada	5210	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Orientação aos PAIS: adolescentes	5562	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Orientação aos PAIS: bebê	5568	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Orientação aos PAIS: educando os filhos	5566	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Orientação quanto ao Sistema de SAÚDE	7400	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
OXIGENOTERAPIA	3320	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Passagem de PLANTÃO	8140	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Planejamento da DIETA	1020	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Planejamento FAMILIAR: contracepção	6784	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Planejamento FAMILIAR: gravidez não planejada	6788	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Planejamento FAMILIAR: infertilidade	6786	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Plano de ALTA	7370	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
POSICIONAMENTO	0840	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
POSICIONAMENTO: cadeira de rodas	0846	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
POSICIONAMENTO: transoperatório	0842	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
POSICIONAMENTO: neurológico	0844	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Precauções CARDÍACAS	4050	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Precauções CIRCULATÓRIAS	4070	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Precauções CIRÚRGICAS	2920	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Precauções contra ASPIRAÇÃO	3200	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Precauções contra CONVULSÕES	2690	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Precauções contra EMBOLIA	4110	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Precauções contra FUGA	6470	Aux./Téc. de Enfermagem	Mais de 1 h
Precauções contra HEMORRAGIA Subaracnoide	2720	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Precauções contra HIPERTERMIA Maligna	3840	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Precauções contra INCÊNDIO	6500	Aux./Téc. de Enfermagem	Mais de 1 h
Precauções contra SANGRAMENTO	4010	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Precauções no Uso de Artigos de LÁTEX	6570	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Precauções no Uso do LASER	6560	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Precauções no Uso do TORNIQUETE Pneumático	6590	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
PRECEPTOR: estudante	7726	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
PRECEPTOR: funcionário	7722	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Preparo contra o BIOTERRORISMO	8810	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Preparo CIRÚRGICO	2930	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Preparo da COMUNIDADE para Catástrofes	8840	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1h
Preparo para o NASCIMENTO	6760	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Prescrição de MEDICAMENTOS	2390	Enfermeiro Especialista	15 min ou menos
PRESENÇA	5340	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Preservação da FERTILIDADE	7160	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Prevenção de QUEDAS	6490	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Prevenção de Dependência RELIGIOSA	5422	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Prevenção de LESÕES Desportivas: jovens	6648	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Prevenção de ÚLCERAS de Pressão	3540	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Prevenção do CHOQUE	4260	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Prevenção do SUICÍDIO	6340	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Prevenção do Uso de DROGAS	4500	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Primeiros SOCORROS	6240	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Promoção da Capacidade de RESILIÊNCIA	8340	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Promoção da Integridade FAMILIAR	7100	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Promoção da Integridade FAMILIAR: família que espera um filho	7104	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Promoção da MECÂNICA CORPORAL	0140	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Promoção da NORMALIDADE	7200	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Promoção da PATERNIDADE/MATERNIDADE	8300	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Promoção da Saúde ORAL	1720	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Promoção da SEGURANÇA em Veículos	9050	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Promoção de ESPERANÇA	5310	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Promoção de Perfusão CEREBRAL	2550	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Promoção de VÍNCULO	6710	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Promoção do Envolvimento FAMILIAR	7110	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Promoção do EXERCÍCIO	0200	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Promoção do EXERCÍCIO: alongamento	0202	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Promoção do EXERCÍCIO: treino para o fortalecimento	0201	Enfermeiro Assistencial	31-45 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Proteção contra INFECÇÃO	6550	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Proteção contra Riscos AMBIENTAIS	8880	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Proteção dos DIREITOS do Paciente	7460	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Punção de Vaso Cateterizado: amostra de SANGUE	4235	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Punção de Vaso: amostra de SANGUE arterial	4232	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Punção de Vaso: amostra de SANGUE venoso	4238	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Punção de Vaso: doação de SANGUE	4234	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Punção VENOSA	4190	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
REANIMAÇÃO Cardiopulmonar	6320	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
REANIMAÇÃO Cardiopulmonar: feto	6972	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
REANIMAÇÃO Cardiopulmonar: neonato	6974	Enfermeiro Especialista	46-60 min
RECLUSÃO	6630	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Reconciliação de MEDICAMENTOS	2395	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Redução da ANSIEDADE	5820	Aux./Téc. de Enfermagem	31-45 min
Redução da FLATULÊNCIA	0470	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Redução do SANGRAMENTO	4020	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Redução do ESTRESSE por Mudança	5350	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Redução do SANGRAMENTO: ferimento	4028	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Redução do SANGRAMENTO: gastrointestinal	4022	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Redução do SANGRAMENTO: nasal	4024	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Redução do SANGRAMENTO: útero pós-parto	4026	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Redução do SANGRAMENTO: útero pré-parto	4021	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Reeducação VESICAL	0570	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Reestruturação COGNITIVA	4700	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Registro de AÇÕES	4740	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Regulação da TEMPERATURA	3900	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Regulação da TEMPERATURA: transoperatória	3902	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1h
Regulação HEMODINÂMICA	4150	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Relato de INCIDENTES	7980	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Relaxamento MUSCULAR Progressivo	1460	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Reposição Rápida de LÍQUIDOS	4140	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Restauração da Saúde ORAL	1730	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
RESTRIÇÃO de Área	6420	Aux./Téc. de Enfermagem	Mais de 1 h
Reunião para Avaliação dos CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES	8020	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
SONDAGEM Vesical	0580	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
SONDAGEM Vesical: intermitente	0582	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
SUCÇÃO não Nutritiva	6900	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
SUPERVISÃO	6650	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Supervisão da PELE	3590	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Supervisão de FUNCIONÁRIOS	7830	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
SUPERVISÃO: comunidade	6652	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
SUPERVISÃO: eletrônica à distância	6658	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
SUPERVISÃO: gravidez tardia	6656	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
SUPERVISÃO: segurança	6654	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Supressão da LACTAÇÃO	6870	Enfermeiro Assistencial	16-30 min

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
Supressão do Trabalho de PARTO	6860	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
SUTURA	3620	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Técnica para ACALMAR	5880	Aux./Téc. de Enfermagem	31-45 min
Terapia com ANIMAIS	4320	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Terapia com EXERCÍCIO: controle muscular	0226	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Terapia com EXERCÍCIO: deambulação	0221	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
Terapia com EXERCÍCIO: equilíbrio	0222	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Terapia com EXERCÍCIO: mobilidade articular	0224	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Terapia com SANGUESSUGAS	3460	Enfermeiro Assistencial	46-60min
Terapia para DEGLUTIÇÃO	1860	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Terapia de DIÁLISE Peritoneal	2150	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Terapia de GRUPO	5450	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Terapia de RECORDAÇÕES	4860	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Terapia de RELAXAMENTO	6040	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
Terapia de REPOSIÇÃO HORMONAL	2280	Enfermeiro Especialista	16-30 min
Terapia de VALIDAÇÃO	6670	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Terapia ENDOVENOSA (EV)	4200	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Terapia FAMILIAR	7150	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Terapia NUTRICIONAL	1120	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Terapia OCUPACIONAL	4310	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Terapia para TRAUMA: criança	5410	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Terapia por HEMODIÁLISE	2100	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Terapia por HEMOFILTRAÇÃO	2110	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Terapia RECREACIONAL	5360	Aux./Téc. de Enfermagem	16-30 min
Terapia Sócio-AMBIENTAL	4390	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Testes LABORATORIAIS a Beira do Leito	7610	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
TOQUE	5460	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
TOQUE Terapêutico	5465	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Transcrição de PRESCRIÇÕES	8060	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
TRANSFERÊNCIA	0970	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
TRANSPORTE: inter-hospitalar	7892	Enfermeiro Assistencial	31-45 min
TRANSPORTE: intra-hospitalar	7890	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Tratamento da FEBRE	3740	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Tratamento da HIPOTERMIA	3800	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Tratamento do Trauma de ESTUPRO	6300	Enfermeiro Assistencial	Mais de 1 h
Tratamento do Uso de DROGAS	4510	Enfermeiro Assistencial	46-60min
Tratamento do Uso de DROGAS: abstinência	4514	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Tratamento do Uso de DROGAS: abstinência de álcool	4512	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Tratamento do Uso de DROGAS: overdose	4516	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h
Tratamento para Exposição ao CALOR	3780	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Treinamento da ASSERTIVIDADE	4340	Enfermeiro Assistencial	46-60 min
Treinamento da MEMÓRIA	4760	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Treinamento de AUTOSSUGESTÃO	5840	Enfermeiro Especialista	46-60 min
Treinamento do Hábito URINÁRIO	0600	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Treinamento INTESTINAL	0440	Enfermeiro Assistencial	16-30 min
Treinamento para Controle de IMPULSOS	4370	Enfermeiro Especialista	Mais de 1 h

Intervenção	Código	Nível de Formação	Tempo Necessário
TRIAGEM: centro de emergência	6364	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
TRIAGEM: catástrofe	6362	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
TRIAGEM: telefone	6366	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Troca de Informações sobre Cuidados de SAÚDE	7960	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
ULTRASSONOGRAFIA: obstétrica	6982	Enfermeiro Especialista	31-45 min
Verificação de Substância CONTROLADA	7620	Enfermeiro Assistencial	15 min ou menos
Verificação do Carrinho de EMERGÊNCIAS	7660	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos
VESTIR	1630	Aux./Téc. de Enfermagem	15 min ou menos

As Tabelas 2 e 3 especificam as exigências de formação. A Tabela 2 lista as intervenções apropriadas a serem delegadas a um técnico ou auxiliar de enfermagem (dependendo do paciente, local e provedor do cuidado), e a Tabela 3 lista as intervenções que são apropriadas para enfermeiros com formação de especialista. Essas tabelas estão organizadas de acordo com os sete domínios e classes da NIC.

Tabela 2 INTERVENÇÕES APROPRIADAS PARA TÉCNICOS OU AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Domínio Fisiológico: Básico

Alimentação

Assistência no Autocuidado

Assistência no Autocuidado: alimentação

Assistência no Autocuidado: banho/higiene

Assistência no Autocuidado: transferência

Assistência no Autocuidado: uso do vaso sanitário

Assistência no Autocuidado: vestir/arrumar-se

Banho

Controle do Ambiente: Conforto

Cuidados com Aparelho Gessado: Manutenção

Cuidados com as Unhas

Cuidados com Lentes de Contato

Cuidados com o Périneo

Cuidados com o Repouso no Leito

Cuidados com os Cabelos

Cuidados com Próteses

Cuidados com Sondas/Drenos

Cuidados com Sondas: urinário

Cuidados Pós-morte

Micção Induzida

Posicionamento

Sondagem Vesical

Sondagem Vesical: intermitente

Terapia com Exercício: deambulação

Transferência

Vestir

Domínio Fisiológico: Complexo

Administração de Medicamentos: enteral

Administração de Medicamentos: inalatória

Administração de Medicamentos: nasal

Administração de Medicamentos: oftálmica

Administração de Medicamentos: oral

Administração de Medicamentos: otológica

Administração de Medicamentos: retal

Administração de Medicamentos: tópica

Administração de Medicamentos: vaginal

Assistência Cirúrgica

Cuidados com Úlceras de Pressão

Estimulação da Tosse

Posicionamento: neurológico

Precauções contra Aspiração

Domínio Comportamental

Distração

Humor

Melhora da Comunicação: déficit auditivo

Melhora da Comunicação: déficit visual

Orientação para a Realidade

Presença

Redução da Ansiedade

Técnica para Acalmar

Terapia com Animais

Terapia Recreacional

Toque

Domínio da Segurança

Controle da Demência: banho

Controle do Ambiente

Controle do Ambiente: prevenção de violência

Cuidados de Emergência

Precauções contra Fuga

Precauções contra Incêndio

Primeiros Socorros

Restrição de Área

Domínio da Família

Alimentação por Mamadeira

Controle do Ambiente: processo de vínculo

Sucção não Nutritiva

Domínio do Sistema de Saúde

Assistência em Exames

Controle de Amostras para Exames

Controle de Suprimentos

Facilitação da Visita

Proteção dos Direitos do Paciente

Testes Laboratoriais a Beira do Leito

Verificação do Carrinho de Emergência

Tabela 3 INTERVENÇÕES APROPRIADAS PARA ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Domínio Fisiológico: Básico

Acupressão

Controle de Distúrbios Alimentares

Controle da Eliminação Urinária

Controle da Síndrome Pré-menstrual

Controle da Nutrição

Controle no Prolapso Retal

Cuidados com Ostomias

Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)

Exercícios para Musculatura Pélvica

Reeducação Vesical

Relaxamento Muscular Progressivo

Terapia com Exercício: Controle Muscular

Toque Terapêutico

Treinamento do Hábito Urinário

Domínio Fisiológico: Complexo

Administração de Analgésicos: Intraespinal

Administração de Anestesia

Administração de Medicamentos: Interpleural

Administração de Medicamentos: Intraóssea

Administração de Medicamentos: Reservatório Ventricular

Controle da Sedação

Controle da Quimioterapia

Cuidados com o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (DAV)

Prescrição de Medicamentos

Terapia de Reposição Hormonal

Terapia por Hemodiálise

Domínio Comportamental

Aconselhamento

Aconselhamento Genético

Aconselhamento Sexual

Arteterapia

Assistência no Controle da Raiva

Biblioterapia

Biofeedback

Estimulação Cognitiva

Facilitação de Auto-hipnose

Grupo de Apoio

Hipnose

Intervenção na Crise

Mediação de Conflitos

Reestruturação Cognitiva

Terapia de Grupo

Terapia de Recordações

Terapia para Trauma: Criança

Tratamento do Uso de Drogas: Abstinência

Tratamento do Uso de Drogas: Abstinência de Álcool

Tratamento do Uso de Drogas: Overdose

Treinamento de Autossugestão

Treinamento da Memória

Treinamento para Controle de Impulsos

Domínio da segurança

Precauções no Uso do *Laser*

Precauções no Uso do Torniquete Pneumático

Terapia de Validação

Domínio da Família

Aconselhamento na Pré-concepção

Amnioinfusão

Cuidados com Cateter: Linha Umbilical

Cuidados durante o Parto: Parto de Alto Risco

Cuidados na Interrupção da Gravidez

Identificação de Risco: Genético

Indução do Trabalho de Parto

Monitoração Eletrônica do Feto: durante o Parto

Monitoração Eletrônica do Feto: pré-parto

Nascimento

Planejamento Familiar: Infertilidade

Preparo para o Nascimento

Preservação da Fertilidade

Reanimação Cardiopulmonar: Feto

Reanimação Cardiopulmonar: Neonato

Supervisão: Gravidez Tardia

Supressão do Trabalho de Parto

Terapia Familiar

Ultrassonografia: Obstétrica

Domínio do Sistema de Saúde

Coleta de Dados Forenses

Controle da Tecnologia Reprodutiva

Comunidade

Assistência quanto a Recursos Financeiros

Desenvolvimento de Programa de Saúde

Gerenciamento de Caso

Marketing Social

Preparo contra o Bioterrorismo

As Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8 focam no tempo necessário e listam as intervenções de acordo com um dos cinco períodos de tempo: 15 minutos ou menos (Tabela 4); de 16 a 30 minutos (Tabela 5); de 31 a 45 minutos (Tabela 6); de 46 a 60 minutos (Tabela 7); e mais de 1 hora (Tabela 8). A Tabela 9 apresenta um resumo da quantidade de intervenções em cada período de tempo e demonstra que cada categoria possui uma quantidade semelhante de intervenções. Cerca de 21% das intervenções foram classificadas com duração de 15 minutos ou menos para serem realizadas, e outros 21% foram classificadas com duração de mais de uma hora.

Tabela 4 INTERVENÇÕES QUE NECESSITAM DE 15 MINUTOS OU MENOS

Acompanhamento por Telefone

Administração de Medicamentos

Administração de Medicamentos: enteral

Administração de Medicamentos: inalatória

Administração de Medicamentos: interpleural

Administração de Medicamentos: intradérmica

Administração de Medicamentos: intraespinal

Administração de Medicamentos: intramuscular (IM)

Administração de Medicamentos: intraóssea

Administração de Medicamentos: endovenosa (IV)

Administração de Medicamentos: nasal

Administração de Medicamentos: oftálmica

Administração de Medicamentos: oral

Administração de Medicamentos: otológica

Administração de Medicamentos: reservatório ventricular

Administração de Medicamentos: Retal

Administração de Medicamentos: Subcutânea

Administração de Medicamentos: Tópica

Administração de Medicamentos: Vaginal

Amostra de Sangue Capilar

Aplicação de Calor/Frio

Aromaterapia

Aspiração de Vias Aéreas

Assistência no Autocuidado: banho/higiene

Assistência no Autocuidado: transferência

Assistência no Autocuidado: uso de vaso sanitário

Assistência no Autocuidado: vestir/arrumar-se

Assistência Ventilatória

Contenção Física

Contenção Química

Controle da Sensibilidade Periférica

Controle da Tecnologia

Controle de Amostras para Exames

Controle da Diarreia

Controle de Eletrólitos

Controle de Hemorragia

Controle de Vias Aéreas Artificiais

Controle do Ambiente: Conforto

Controle Hidroeletrolítico

Cuidados Circulatórios: insuficiência arterial

Cuidados Circulatórios: insuficiência venosa

Cuidados com a Tração/Imobilização

Cuidados com Aparelho Gessado: manutenção

Cuidados com Drenos: ventriculostomia/dreno lombar

Cuidados com Drenos: Torácico

Cuidados com Lentes de Contato

Cuidados com o Períneo

Cuidados com os Olhos

Cuidados com Próteses

Cuidados com Sondas/Drenos

Cuidados com Sondas: Gastrointestinal

Cuidados com Sondas: Urinário

Cuidados na Retenção Urinária

Delegação

Documentação

Estimulação da Tosse

Exame das Mamas

Extubação Endotraqueal

Facilitação da Licença

Facilitação da Visita

Humor

Imobilização

Interpretação de Dados Laboratoriais

Manutenção da Saúde Oral

Manutenção de Acesso para Diálise

Massagem

Melhora da Disposição para Aprender

Micção Induzida

Monitoração Ácido-básico

Monitoração das Extremidades Inferiores

Monitoração de Sinais Vitais

Monitoração Nutricional

Monitoração Respiratória

Musicoterapia

Orientação para a Realidade

Oxigenoterapia

Planejamento da Dieta

Posicionamento: cadeira de rodas

Precauções contra Aspiração

Precauções contra Convulsões

Precauções contra Hemorragia Subaracnoide

Prescrição de Medicamentos

Promoção da Saúde Oral

Proteção dos Direitos do Paciente

Punção de Vaso Cateterizado: amostra de sangue

Punção de Vaso: amostra de sangue arterial

Punção de Vaso: amostra de sangue venoso

Punção Venosa

Redução da Flatulência

Reposição Rápida de Líquidos

Restauração da Saúde Oral

Sondagem Gastrointestinal

Sondagem Vesical

Sondagem Vesical: intermitente

Terapia com Exercício: deambulação

Terapia Endovenosa (EV)

Testes Laboratoriais a Beira do Leito

Toque

Transcrição de Prescrições

Transferência

Triagem: centro de emergência

Triagem: catástrofe

Triagem: telefone

Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Verificação de Substância Controlada

Verificação do Carrinho de Emergência

Vestir

Tabela 5 INTERVENÇÕES QUE NECESSITAM DE 16 A 30 MINUTOS

Aconselhamento Nutricional

Acupressão

Administração de Analgésicos

Administração de Analgésicos: intraespinal

Administração de Medicamentos

Administração de Nutrição Parenteral Total (NPT)

Alimentação

Alimentação por Sonda Enteral

Apoio a Irmãos

Apoio ao Médico

Apoio Emocional

Apoio Espiritual

Assistência à Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA)

Assistência ao Morrer

Assistência no Autocuidado

Assistência no Autocuidado: alimentação

Assistência em Exames

Assistência na Amamentação

Assistência para Reduzir o Peso

Assistência no Controle da Raiva

Assistência para Aumentar o Peso

Autorização do Seguro

Banho

Coleta de Dados de Pesquisa

Competência Informacional em Saúde

Consulta por Telefone

Controle da Asma

Controle de Constipação/Impactação

Controle de Energia

Controle da Hipervolemia

Controle da Hipovolemia

Controle da Pressão

Controle da Síndrome Pré-menstrual

Controle de Vias Aéreas

Controle de Arritmias

Controle de Convulsões

Controle da Disreflexia

Controle de Eletrólitos: hipercalcemia

Controle de Eletrólitos: hipercalemia

Controle de Eletrólitos: hiperfosfatemia

Controle de Eletrólitos: hipermagnesemia

Controle de Eletrólitos: hipernatremia

Controle de Eletrólitos: hipocalcemia

Controle de Eletrólitos: hipocalemia

Controle de Eletrólitos: hipofosfatemia

Controle de Eletrólitos: hipomagnesemia

Controle de Eletrólitos: hiponatremia

Controle de Imunização/Vacinação

Controle da Náusea

Controle de Prolapso Retal

Controle de Prurido

Controle de Suprimentos

Controle do Ambiente: processo de vínculo

Controle do Choque

Controle do Choque: cardiogênico

Controle do Pessário

Controle do Vômito

Cuidados da Pele: local da doação

Cuidados da Pele: local do enxerto

Cuidados da Pele: tratamentos tópicos

Cuidados com Aparelho Gessado: úmido

Cuidados com as Unhas

Cuidados com o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

Cuidados com o Repouso no Leito

Cuidados com os Cabelos

Cuidados com os Olhos

Cuidados com os Pés

Cuidados com Ostomias

Cuidados com Úlceras de Pressão

Cuidados de Emergência

Cuidados na Admissão

Cuidados na Embolia: periférica

Cuidados na Embolia: pulmonar

Cuidados na Incontinência Intestinal

Cuidados na Incontinência Intestinal: Encoprese

Cuidados na Incontinência Urinária: Enurese

Cuidados Pós-morte

Dizer a Verdade

Encaminhamento

Ensino: Atividade/Exercício Prescritos

Ensino: Cuidados dos Pés

Ensino: Dieta Prescrita

Ensino: estimulação do bebê 0-4 meses

Ensino: estimulação do bebê 5-8 meses

Ensino: estimulação do bebê 9-12 meses

Ensino: habilidades psicomotoras

Ensino: medicamentos prescritos

Ensino: nutrição do bebê 0-3 meses

Ensino: nutrição do bebê 10-12 meses

Ensino: nutrição do bebê 4-6 meses

Ensino: nutrição do bebê 7-9 meses

Ensino: nutrição infantil 13-18 meses

Ensino: nutrição infantil 19-24 meses

Ensino: nutrição infantil 25-36 meses

Ensino: pré-operatório

Ensino: procedimento/tratamento

Ensino: processo da doença

Ensino: segurança do bebê 0-3 meses

Ensino: segurança do bebê 10-12 meses

Ensino: segurança do bebê 4-6 meses

Ensino: segurança do bebê 7-9 meses

Ensino: segurança infantil 13-18 meses

Ensino: segurança infantil 19-24 meses

Ensino: segurança infantil 25-36 meses

Ensino: sexo seguro

Ensino: sexualidade

Ensino: treinamento dos esfíncteres

Esclarecimento de Valores

Escutar Ativamente

Estabelecimento de Limites

Estimulação Cognitiva

Estimulação Cutânea

Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)

Exercícios para a Musculatura Pélvica

Facilitação da Aprendizagem

Facilitação do Processo de Meditação

Facilitação do Processo de Perdão

Fisioterapia Respiratória

Melhora da Autoestima

Melhora da Autopercepção

Melhora de Segurança

Inserção e Estabilização de Vias Aéreas Artificiais

Intermediação Cultural

Irrigação Vesical

Lavagem Intestinal

Melhora da Comunicação: Déficit Auditivo

Melhora da Comunicação: Déficit Visual

Melhora da Educação em Saúde

Melhora do Papel

Melhora do Sono

Monitoração Hídrica

Monitoração Neurológica

Orientação aos Pais: adolescentes

Orientação dos Pais: educando os filhos

Orientação quanto ao Sistema de Saúde

Posicionamento

Posicionamento: neurológico

Posicionamento: transoperatório

Precauções Circulatórias
Precauções contra Embolia
Presença
Prevenção de Úlceras de Pressão
Prevenção do Choque
Primeiros Socorros
Promoção da Mecânica Corporal
Reanimação Cardiopulmonar
Reconciliação de Medicamentos
Redução do Estresse por Mudança
Redução do Sangramento: nasal
Reeducação Vesical
Reestruturação Cognitiva
Regulação Hemodinâmica
Relato de Incidentes
Relaxamento Muscular Progressivo
Sucção não Nutritiva
Supervisão da pele
Supressão da Lactação
Sutura
Terapia com Animais
Terapia com Exercício: controle muscular
Terapia com Exercício: equilíbrio
Terapia com Exercício: mobilidade articular
Terapia Nutricional
Terapia Recreacional
Transporte: intra-hospitalar
Tratamento da Febre
Tratamento de Exposição ao Calor
Treinamento Intestinal

Tabela 6 INTERVENÇÕES QUE NECESSITAM DE 31 A 45 MINUTOS

Aconselhamento para Lactação
Alimentação por Mamadeira
Amnioinfusão
Apoio ao Sustento
Assistência para Manutenção do Lar

Contenção de Custos

Controle Ácido-básico: acidose metabólica

Controle Ácido-básico: acidose respiratória

Controle Ácido-básico: alcalose metabólica

Controle Ácido-básico: alcalose respiratória

Controle da Demência: Banho

Controle da Eliminação Urinária

Controle da Negligência Unilateral

Controle de Alergia

Controle do Desfibrilador: externo

Controle do Desfibrilador: interno

Controle de Eletrólitos

Controle de Infecção

Controle do Marcapasso: definitivo

Controle do Marcapasso: temporário

Controle da Nutrição

Controle do Ambiente

Controle do Ambiente: segurança

Controle do Choque: hipovolêmico

Controle do Choque: vasogênico

Controle do Comportamento: autoagressão

Controle do Comportamento: hiperatividade/desatenção

Controle do Comportamento: Sexual

Controle do Humor

Controle do Peso

Controle Hídrico

Controle Intestinal

Controle de Distúrbios Alimentares

Coordenação Pré-operatória

Cuidados Cardíacos

Cuidados Cardíacos: fase aguda

Cuidados Circulatórios: Equipamentos de Suporte Circulatório Mecânico

Cuidados com Lesões

Cuidados com Lesões: drenagem fechada

Cuidados com Local de Incisão

Cuidados na Amputação

Cuidados na Incontinência Urinária

Cuidados no Parto Cesário

Distração

Ensino: Indivíduo

Estimulação da Imaginação

Estímulo a Rituais Religiosos

Facilitação do Crescimento Espiritual

Facilitação do Processo de Pesar

Facilitação do Processo de Pesar: morte perinatal

Facilitação do Processo de Culpa

Melhora da Autocompetência

Melhora da Socialização

Fototerapia: regulação do humor/sono

Gerenciamento do Protocolo de Emergência

Informações Sensoriais Preparatórias

Irrigação de Lesões

Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (VAD)

Melhora da Comunicação: déficit da fala

Melhora da Imagem Corporal

Melhora do Enfrentamento

Melhora do Sistema de Apoio

Orientação Antecipada

Orientação aos Pais: bebê

Passagem de Plantão

Planejamento Familiar: contracepção

Precauções Cardíacas

Precauções contra Sangramento

Precauções no Uso de Artigos de Látex

Precauções no Uso do *Laser*

Preservação da Fertilidade

Promoção da Paternidade/Maternidade

Promoção de Perfusão Cerebral

Promoção do Exercício

Promoção do Exercício: alongamento

Promoção do Exercício: treino para fortalecimento

Proteção contra Infecção

Redução da Ansiedade

Regulação da Temperatura

Supervisão: eletrônica à distância

Supervisão: segurança

Técnica para Acalmar

Terapia de Relaxamento

Terapia para Deglutição

Transporte: inter-hospitalar

Treinamento da Memória

Treinamento do Hábito Urinário

Ultrassonografia: Obstétrica

Tabela 7 INTERVENÇÕES QUE NECESSITAM DE 46 A 60 MINUTOS

Aconselhamento

Aconselhamento Genético

Aconselhamento Sexual

Arteterapia

Assistência na Automodificação

Assistência no Autocuidado: atividades essenciais da vida diária

Assistência para Parar de Fumar

Assistência quanto a Recursos Financeiros

Autotransusão

Avaliação da Saúde

Biblioterapia

Biofeedback

Brinquedo Terapêutico

Captação de Órgãos

Consulta

Contrato com o Paciente

Controle da Quimioterapia

Controle da Radioterapia

Controle da Anafilaxia

Controle de Doenças Transmissíveis

Controle do Comportamento

Cuidado Neonatal: método canguru

Cuidados com a Circuncisão

Cuidados com Cateter: linha umbilical

Cuidados com o Desenvolvimento

Cuidados Pós-anestesia

Estabelecimento de Metas Mútuas

Facilitação a Auto-hipnose

Facilitação da Autorresponsabilidade

Grupo de Apoio

Hipnose

Identificação de Risco

Intervenção na Crise

Mediação de Conflitos

Melhora do Desenvolvimento: adolescente

Melhora do Desenvolvimento: criança

Monitoração Hemodinâmica Invasiva

Planejamento Familiar: contracepção

Planejamento Familiar: infertilidade

Plano de Alta

Preparo Cirúrgico

Prevenção de Dependência Religiosa

Prevenção de Lesões Desportivas: jovens

Prevenção do Uso de Drogas

Proteção Contra Risco Ambiental

Reanimação Cardiopulmonar: neonato

Redução de Sangramento

Redução do Sangramento: ferimento

Redução do Sangramento: gastrointestinal

Redução do Sangramento: útero pós-parto

Redução do Sangramento: útero pré-parto

Terapia com Sanguessugas

Terapia de Grupo

Terapia de Recordações

Terapia de Validação

Terapia Ocupacional

Terapia para Trauma: criança

Toque Terapêutico

Tratamento do Uso de Drogas

Treinamento da Assertividade

Treinamento de Autossugestão

Tabela 8 INTERVENÇÕES QUE NECESSITAM DE MAIS DE 1 HORA

Aconselhamento na Pré-concepção

Administração de Anestesia

Administração de Hemoderivados

Apoio à Proteção contra Abuso

Apoio à Proteção contra Abuso: criança

Apoio à Proteção contra Abuso: idoso

Apoio à Proteção contra Abuso: parceiro no lar

Apoio à Proteção contra Abuso: religioso

Apoio ao Cuidador

Assistência Cirúrgica

Avaliação de Desempenho

Avaliação de Produto

Coleta de Dados Forenses

Controle da Terapia Trombolítica

Controle da Hiperglicemia

Controle da Hipoglicemia

Controle Ácido-básico

Controle da Demência

Controle da Dor

Controle da Sedação

Controle da Tecnologia Reprodutiva

Controle de Alucinações

Controle de Edema Cerebral

Controle de Eletroconvulsoterapia (ECT)

Controle de Ideias Delirantes

Controle de Infecção: transoperatório

Controle de Qualidade

Gerenciamento de Recursos Financeiros

Controle da Ventilação Mecânica: invasiva

Controle da Ventilação Mecânica: não invasiva

Controle do Ambiente: comunidade

Controle do Ambiente: preparo do lar

Controle do Ambiente: prevenção de violência

Controle do Ambiente: segurança do trabalhador

Controle do Delírio

Cuidados Cardíacos: reabilitação

Cuidados com Bebês

Cuidados com Lesões: queimadura

Cuidados com o Recém-nascido

Cuidados durante o Parto

Cuidados durante o Parto: parto de alto risco

Cuidados durante o Repouso do Cuidador

Cuidados na Interrupção da Gravidez

Cuidados no Parto

Cuidados no Pré-natal

Nascimento

Depoimento/Testemunho

Desenvolvimento de Funcionários

Desenvolvimento da Saúde Comunitária

Desenvolvimento de Programa de Saúde

Desmame da Ventilação Mecânica

Ensino: grupo

Facilitação da Presença da Família

Gerenciamento de Caso

Identificação de Risco: família que espera um filho

Identificação de Risco: genético

Indução de Hipotermia

Indução do Trabalho de Parto

Manutenção do Processo Familiar

Marketing Social

Mobilização Familiar

Modificação do Comportamento

Modificação do Comportamento: habilidades sociais

Monitoração da Pressão Intracraniana (PIC)

Monitoração de Políticas de Saúde

Monitoração do Recém-nascido

Monitoração Eletrônica do Feto: durante o parto

Monitoração Eletrônica do Feto: Pré-parto

Precauções Cirúrgicas

Precauções contra Fuga

Precauções contra Hipertermia Maligna

Precauções contra Incêndio

Precauções no Uso de Torniquete Pneumático

Preceptor: estudante

Preceptor: funcionário

Preparo contra o Bioterrorismo

Preparo da Comunidade para Catástrofes

Preparo para o Nascimento

Prevenção de Quedas

Prevenção do Suicídio

Promoção da Capacidade de Resiliência

Promoção da Integridade Familiar

Promoção da Integridade Familiar: família que espera um filho

Promoção da Normalidade

Promoção da Segurança em Veículos

Promoção de Vínculo

Promoção do Envolvimento Familiar

Punção de Vaso: doação de sangue

Reanimação Cardiopulmonar: feto

Reclusão

Regulação da Temperatura: transoperatório

Restrição de Área

Reunião para Avaliação dos Cuidados Multidisciplinares

Supervisão

Supervisão de Funcionários

Supervisão: comunidade

Supervisão: gravidez tardia

Apoio Familiar

Supressão do Trabalho de Parto

Terapia de Diálise Peritoneal

Terapia Familiar

Terapia por Hemodiálise

Terapia por Hemofiltração

Terapia Sócio-ambiental

Tratamento da Hipotermia

Tratamento do Trauma de Estupro

Tratamento do Uso de Drogas: abstinência

Tratamento do Uso de Drogas: abstinência de álcool

Tratamento do Uso de Drogas: overdose

Treinamento para Controle de Impulsos

Tabela 9 TEMPO ESTIMADO PARA CONCLUSÃO DAS 542 INTERVENÇÕES DA NIC POR INTERVALO DE TEMPO

Intervalo de Tempo	Frequência	Percentual
15 min ou menos	107	19,74
16-30 min	171	31,55
31-45 min	88	16,24

46-60 min	62	11,44
Mais de 1 h	114	21,03
Total	542	100,0

RESUMO

Nessa lista constam as estimativas de tempo e formação necessários para a realização das 542 intervenções incluídas nessa edição da Classificação. Enfatiza-se que as estimativas baseiam-se nos julgamentos de profissionais familiarizados com a intervenção e a especialidade da área. As classificações aqui incluídas podem diferir conforme a instituição e provedor do cuidado. As classificações fornecem um ponto de partida para a estimativa de tempo necessário, nível de formação necessário do provedor e custos dos cuidados de enfermagem.

Referências

Alternative Link, Inc. CAM and nursing coding manual. Las Cruces, NM: Author, 2001.

Center for Nursing Classification. Estimated time and educational requirements to perform 486 nursing interventions. Iowa City, IA: Author, 2001.

Iowa Intervention Project. Determining cost of nursing interventions: A beginning. *Nursing Economics*. 2001;19(4):146-160.

McCloskey J.C., Bulechek G.M., editors. Nursing interventions classification (NIC), 2nd ed., St. Louis, MO: Mosby, 1996.

McCloskey J.C., Bulechek G.M., editors. Nursing interventions classification (NIC), 3rd ed, St. Louis, MO: Mosby, 2000.

Dochterman J.M., Bulechek G.M., editors. Nursing interventions classification (NIC), 4th ed., St. Louis, MO: Mosby, 2004.

PARTE SEIS

Apêndices

Intervenções: Novas, Revisadas e Removidas desde a Quarta Edição**NOVAS INTERVENÇÕES ADICIONADAS À QUARTA EDIÇÃO (N = 34)**

Coleta de Dados Forenses

Controle da Terapia Tromboembólica

Controle da Ventilação Mecânica: Não Invasiva

Controle do Desfibrilador: Externo

Controle do Desfibrilador: Interno

Controle do Marca-passo: Definitivo

Cuidados com Lesões: Queimadura

Ensino: Nutrição do Bebê 0-3 meses

Ensino: Nutrição do Bebê 4-6 meses

Ensino: Nutrição do Bebê 7-9 meses

Ensino: Nutrição do Bebê 10-12 meses

Ensino: Segurança do Bebê 0-3 meses

Ensino: Segurança do Bebê 4-6 meses

Ensino: Segurança do Bebê 7-9 meses

Ensino: Segurança do Bebê 10-12 meses

Ensino: Estimulação do Bebê 0-4 meses

Ensino: Estimulação do Bebê 5-8 meses

Ensino: Estimulação do Bebê 9-12 meses

Ensino: Nutrição infantil, 13-18 meses

Ensino: Nutrição infantil, 19-24 meses

Ensino: Nutrição infantil, 25-36 meses

Ensino: Segurança infantil, 13-18 meses

Ensino: Segurança infantil, 19-24 meses

Ensino: Segurança infantil, 25-36 meses

Melhora da Autocompetência

Indução de Hipotermia

Marketing Social

Melhora da Educação em Saúde

Reconciliação de Medicamentos

Registro de Ações

Terapia de Validação

Transferência

Transporte: Inter-hospitalar

Transporte: Intra-hospitalar

INTERVENÇÕES REVISADAS PARA A QUARTA EDIÇÃO

Títulos Modificados (n = 6)

Controle do Marca-passo: Temporário (anteriormente, Controle Temporário de Marca-passo)

Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva (anteriormente, Ventilação Mecânica)

Estimulação da Imaginação (anteriormente, Imaginação de Orientação Simples)

Massagem (anteriormente, Massagem Simples)

Promoção de Esperança (anteriormente, Instilação de Esperança)

Terapia de Relaxamento (anteriormente, Terapia de Relaxamento Simples)

Modificações Substanciais de Intervenções: Principais (n = 37)

As intervenções desta categoria sofreram modificações substanciais em sua definição ou sofreram a adição/revisão de múltiplas atividades que podem explicar melhor as ações de enfermagem associadas às intervenções.

Apoio ao Sustento

Assistência no Controle da Raiva

Assistência no Autocuidado: Alimentação

Assistência no Autocuidado: Transferência

Biblioterapia

Biofeedback

Controle da Radioterapia

Construção de Relação Complexa

Controle Ambiente: Conforto

Controle de Quimioterapia

Controle de Eletrólitos: Hipercalcemia

Controle de Eletrólitos: Hipercalcemia

Controle de Eletrólitos: Hipernatremia

Controle de Eletrólitos: Hiperfosfatemia

Controle de Eletrólitos: Hipocalcemia

Controle de Eletrólitos: Hiponatremia

Controle de Eletrólitos: Hipofosfatemia

Controle do Choque

Controle do Choque: Cardiogênico

Controle do Choque: Vasogênico

Controle do Choque: Hipovolêmico

Cuidados com Aparelho Gessado: Manutenção

Cuidados com Aparelho Gessado: Úmido

Esclarecimento de Valores

Facilitação do Processo de Perdão

Hipnose

Humor

Orientação para a Realidade

Prevenção do Choque

Precauções contra Hemorragia Subaracnoide

Promoção da Integridade Familiar: Família que Espera um Filho

Redução do Sangramento: Gastrointestinal

Restrição de Área

Supervisão de Funcionários

Terapia com Exercício: Mobilidade Articular

Terapia Familiar

Verificação do Carrinho de Emergência

Modificações Substanciais de Intervenções: Minoritárias (n = 40)

As intervenções que estão nesta categoria receberam a adição de poucas atividades que aumentam a aplicação clínica das intervenções.

Alimentação

Apoio à Tomada de Decisão

Assistência no Autocuidado

Assistência no Autocuidado: banho/higiene

Assistência no Autocuidado: vestir-se/arrumar-se

Assistência no Autocuidado: uso de vaso sanitário

Autotransfusão

Controle de Amostras para Exames

Controle da Disreflexia

Controle de Eletrólitos

Controle de Eletrólitos: Hipermagnesemia

Controle de Eletrólitos: Hipocalemia

Controle de Eletrólitos: Hipomagnesemia

Cuidados com os Cabelos

Desmame da Ventilação Mecânica

Dizer a Verdade

Ensino: Treinamento dos Esfíncteres

Estabelecimento de Limites

Facilitação à Auto-hipnose

Facilitação do Processo de Pesar

Melhora da Socialização

Gerenciamento do Protocolo de Emergência

Intensificação de Função

Intervenção na Crise

Manutenção de Processo Familiar

Monitoração de Eletrólitos

Mobilização Familiar

Monitoramento da Pressão Intracraniana (PIC)

Plano de Alta

Preparo para o Nascimento

Promoção da Mecânica Corporal

Promoção da Integridade Familiar

Promoção do Envolvimento Familiar

Redução do Sangramento

Redução de Sangramento: Nasal

Redução de Sangramento: Ferimento

Reposição Rápida de Líquidos

Supervisão da Pele

Treinamento de Autossugestão

Toque

INTERVENÇÕES PRESENTES NA QUARTA EDIÇÃO QUE FORAM RETIRADAS DESTA EDIÇÃO (N = 6)

Ensino: Estimulação da Criança Pequena

Ensino: Nutrição da Criança Pequena

Ensino: Nutrição Infantil

Ensino: Segurança da Criança Pequena

Ensino: Segurança Infantil

Transferências

Orientações para Apresentação de uma Intervenção Nova ou Revisada

Este apêndice contém o material necessário para auxiliar o leitor que deseja preparar uma intervenção a ser submetida para revisão ou sugerir uma alteração em uma intervenção já existente. É importante que a pessoa que se submeta a intervenções esteja familiarizada com a NIC e com os Princípios para o Desenvolvimento e Aperfeiçoamento de Intervenções (incluídos neste Apêndice) antes de desenvolver ou revisar alguma intervenção.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Todas as apresentações devem ser digitadas e formatadas conforme o estilo utilizado pela NIC. As consultas bibliográficas/referências devem ser digitadas no formato APA. Materiais de difícil leitura ou incompletos serão devolvidos ao remetente sem serem revisados.

Cada submissão de uma proposta de **nova intervenção** deve incluir um título, uma definição, atividades listadas em ordem lógica e uma pequena lista de fundamentação teórica que apoiem a intervenção. Além disso, deve ser anexada uma *fundamentação para a inclusão* e o remetente *deverá explicar por escrito a forma como a nova intervenção se difere das já existentes*. No caso de uma nova intervenção acarretar mudanças em intervenções já existentes, essas mudanças também devem ser submetidas a julgamento. O Formulário de Informação Demográfica deve ser preenchido e anexado.

Cada **intervenção revisada** enviada deve apresentar uma indicação de como as mudanças „sem efeito” propostas estão relacionadas à intervenção existente. Na maioria dos casos, enviar uma cópia da intervenção retirada da NIC incluindo nela os acréscimos, as exclusões e as modificações será a melhor forma de indicar as mudanças com clareza. Entretanto, caso estas mudanças sejam substanciais, a intervenção revisada deve ser novamente digitada, tendo como anexo a intervenção atual. A fundamentação também deve ser incluída. O Formulário de Informação Demográfica deve ser preenchido e anexado.

O PROCESSO DE REVISÃO

Os materiais submetidos para aprovação de novas intervenções propostas ou de intervenções revisadas são designados a dois ou três revisores especialistas que possuam conhecimentos na área e que estejam familiarizados com a NIC.

1. Os revisores recebem uma cópia do que foi submetido e um formulário de revisão.
2. É solicitado aos revisores que retornem seus comentários e recomendações dentro de um mês.
3. A apresentação inicial e os comentários dos revisores são então revisados pela equipe de pesquisa e uma decisão é tomada.
4. Cerca de dois a seis meses após o envio, o remetente receberá uma carta informando o resultado do processo. Se for decidida a inclusão na NIC, o remetente será citado na próxima edição.

PRINCÍPIOS PARA O DESENVOLVIMENTO E O APERFEIÇOAMENTO DAS INTERVENÇÕES

É necessário utilizar um conjunto de princípios orientadores na elaboração dos títulos, definições e atividades relacionadas às intervenções. Estes princípios, utilizados para manter a coerência e a coesão da classificação, podem auxiliar o usuário a compreender a linguagem e o formato da NIC.

Princípios Gerais para os Títulos de uma Intervenção

Os títulos das intervenções são conceitos. Ao selecionar nomes para os conceitos, devem ser utilizados os princípios a seguir:

1. Os nomes devem declarações com substantivos, não verbos.

2. Preferencialmente, os nomes não devem ser formados por mais de três palavras, sendo o máximo tolerável de cinco palavras.
3. Havendo necessidade de um título com duas partes, utilizar dois pontos (:) para separar as palavras (p. ex., Redução do Sangramento: Nasal). As orientações para utilização de dois pontos são: (1) evite seu uso a menos que seja indicado e desejado pela prática clínica, e (2) use-o para indicar uma área mais especializada da prática somente quando houver atividades diferentes que requeiram uma nova intervenção.
4. Cada palavra deve ser escrita com letras maiúsculas.
5. Os títulos incluirão modificadores para representação das ações do enfermeiro. Escolha modificadores de modo a representar estas ações adequadamente (p. ex., Administração, Assistência, Controle, Promoção). O modificador deve ser selecionado com base em seu significado, em como se relaciona com os outros termos do título e sua aceitação na prática geral. Alguns dos possíveis modificadores estão listados a seguir:
 - Administração** — dirigir o movimento ou comportamento de, estar encarregado de; ver também, Controle
 - Aumento/Melhora** — tornar maior, aumentar, intensificar; ver também Promoção
 - Auxílio/Assistência** — ajudar
 - Controle** — direcionar o movimento ou o comportamento, estar encarregado de; ver também Administração
 - Cuidados** — estar atento, dar proteção, preocupar-se com
 - Manutenção** — dar continuidade, executar, apoiar
 - Monitoração** — assistir e checar
 - Precaução** — tomar cuidados antecipadamente contra uma possível ameaça; ver também Proteção
 - Promoção** — avançar; ver também Aumento
 - Proteção** — defender contra lesão; ver também Precaução
 - Recuperação** — restabelecer, trazer de volta ao normal ou ao estado funcional
 - Redução** — baixar, diminuir
 - Terapia** — ter uma natureza terapêutica, curar/cicatrização

Observação: Alguns destes termos possuem o mesmo significado. Nestes casos, a escolha de qual termo utilizar dependerá de qual termo soa melhor no contexto, e se o termo já é familiar ou mais aceito na prática.

Princípios Gerais para as Definições das Intervenções

Uma definição para identificar a intervenção deve ser uma frase que define o conceito. Trata-se de um resumo das características mais peculiares. A definição, juntamente com as atividades definidoras, delinea os limites do comportamento do enfermeiro circunscritos pelo elemento identificado.

1. Utilizar frases (e não orações completas) que descrevam o comportamento do enfermeiro e que não precisem ser exemplificadas.
2. Evitar usar termos para o paciente e para o enfermeiro, mas quando um termo tiver que ser empregado, deve-se usar, de preferência, *paciente* ou *pessoa*, em vez de *cliente*.
3. Para aquelas frases que são iniciadas por um verbo, considere a situação e escolha a forma do substantivo (p. ex., limitação) ou o infinitivo do verbo (p. ex., limitar).

Princípios Gerais para as Atividades

As atividades são ações realizadas pelo enfermeiro para implementar uma intervenção. Os princípios descritos a seguir são relacionados a atividades:

1. Iniciar cada atividade com um verbo. Entre as possibilidades de verbos estão *assistir/auxiliar*, *administrar*, *explicar*, *evitar*, *examinar*, *facilitar*, *monitorar* e *usar*. Utilize o verbo mais ativo que seja apropriado à situação. Utilize o termo *monitorar* em vez de *levantar dados sobre*. Monitoração é um tipo de levantamento de dados, mas somente é realizado após o diagnóstico como parte de uma intervenção, e não como uma etapa para a realização do diagnóstico. Evite os termos *observar* e *avaliar*.

2. Manter as atividades o mais genéricas possível (p. ex., em vez de dizer „Colocar na cama Kinair” ou „Colocar sobre a cama com eletricidade circular”, optar por „Colocar sobre cama terapêutica”). Eliminar os nomes de marcas.
3. Evitar combinar duas ideias diferentes em uma atividade, a menos que exemplifiquem a mesma coisa.
4. Evitar repetir uma ideia; quando duas atividades dizem a mesma coisa, ainda que com outras palavras, eliminar uma delas.
5. Focalizar as atividades essenciais; não se preocupar em incluir todas as atividades de apoio. A quantidade de atividades depende da intervenção, mas, em média, use uma lista de uma página.
6. Utilizar a mesma escrita para atividades similares com intervenções diferentes.
7. Escrever as atividades de modo claro, sem referência ao paciente ou ao enfermeiro. No caso de necessidade de uma referência ao paciente, dar preferência aos termos *paciente* ou *pessoa* em vez de *cliente* ou outros termos. Usar os termos *membro(s) da família* ou *pessoa(s) importante(s) de cônjuge*.
8. Acrescentar a expressão „conforme apropriado”, ou „conforme necessário” no final de atividades que sejam importantes, mas que sejam utilizadas apenas em algumas ocasiões.
9. Verificar a coerência entre as atividades e a definição do título.
10. Organizar as atividades conforme a ordem em que são usualmente executadas, quando apropriado.

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

(Preencher e enviar este formulário juntamente com a(s) intervenção(ões) nova(s)/revisada(s).)

Responda às questões a seguir:

1. Atualmente você está empregado como enfermeiro assistencial?
 (1) Sim (2) Não, sou enfermeiro assistencial, mas atualmente, não atuo como tal
 (3) Não, ainda estou estudando para ser um enfermeiro assistencial (4) Não, não sou enfermeiro assistencial
2. Há quanto tempo você vem atuando como enfermeiro assistencial?
 (0) Nunca atuei como enfermeiro assistencial
 (1) 1 ano ou menos
 (2) 1 a 3 anos
 (3) 3 a 5 anos
 (4) 5 a 10 anos
 (5) Mais de 10 anos
3. Qual das seguintes alternativas *melhor* descreve o local em que você está empregado? (Marque apenas UMA área.)
 (1) Hospital
 (2) Unidades de Cuidados de Longa Duração
 (3) Saúde Pública/Comunitária
 (4) Saúde do Trabalho
 (5) Enfermagem Administrativa
 (6) Faculdade de Enfermagem
 (7) Atendimento a Paciente Externo
 (8) Educação em Enfermagem
 (9) Outros (especificar) _____
4. Qual das seguintes alternativas *melhor* descreve o tipo de unidade/área de especialidade em que você atua? (Marcar apenas UMA área.)
 (1) Clínica Geral

- (2) Clínica Cirúrgica
- (3) Cuidados Intensivos
- (4) Obstetrícia/Ginecologia/Pediatria
- (5) Clínica de Especialidade
- (6) Unidade Cirúrgica de Especialidade
- (7) Psiquiatria (adulto ou criança)
- (8) Assistência Ambulatorial/Paciente Externo
- (9) Assistência Geral de Longa Duração/Reabilitação
- (10) Outro

5. Qual é o seu grau de escolaridade?

- (1) Grau conferido em curso superior de curta duração
- (2) Diploma
- (3) Bacharelado
- (4) Mestrado
- (5) Doutorado

6. Atualmente, você possui certificação emitida por organizações profissionais?

- (1) Sim (2) Não

7. De que forma você vem utilizando a classificação?

- Na Prática Clínica
- No Ensino
- Na Pesquisa
- Na Administração
- Outro (especificar)

Detalhar sobre como você utiliza a classificação:

Comentários gerais sobre a classificação:

Caso suas sugestões sejam incluídas na NIC, gostaríamos de agradecer sua ajuda na próxima edição.

Preencha o formulário a seguir caso você permita a inclusão de seu nome entre os colaboradores da NIC.

Nome em letra de forma: _____

Ocupação: _____

Local de trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Envie-nos este formulário preenchido juntamente com a(s) intervenção(ões) nova(s) ou revisada(s) proposta(s) via correio, e-mail ou fax para:

Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness:

NIC Review

The University of Iowa College of Nursing:

Iowa City, Iowa 52242-1121:

Fax: (319) 335-9990

Telefone: (319) 335-7051

E-mail: classification-center@uiowa.edu

Linha do Tempo e Pontos de Interesse: Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

1985

Nursing Intervention: Treatments for Nursing Diagnoses, editado por Bulechek e McCloskey e publicado por Saunders, é um dos primeiros livros produzidos para definir intervenções de enfermagem independentes.

1987

A equipe de pesquisa das intervenções é formada por Joanne McCloskey e Gloria Bulechek na Universidade de Iowa.

1990

A equipe de pesquisa de Iowa liderada por Joanne McCloskey e Gloria Bulechek é fundada com recursos concedidos pelo National Institute of Nursing Research (NINR) (Instituto Nacional de Pesquisa de Enfermagem) (1990-1993).

Surge a primeira publicação impressa sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) no *Journal of Professional Nursing* (Jornal da Enfermagem Profissional).

1991

A American Nurses Association (ANA) reconhece a NIC.

1992

A primeira edição da *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* é publicada pela Mosby.

A Nursing Clinics of North America publica um volume inteiro (*Nursing Interventions*, 27[2]. Filadélfia: W. B. Saunders) com base na pesquisa inicial sobre as intervenções da primeira edição da NIC.

Nursing Interventions: Essential Nursing Treatments, editado por Bulechek e McCloskey, é publicado pela W. B. Saunders Company.

1993

A NIC é adicionada ao Unified Medical Language System Metathesaurus, da National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina).

A NINR faz a segunda concessão de recursos para as intervenções da NIC (junho de 1993-1997; estendida até 1998), tendo Joanne McCloskey e Gloria Bulechek como pesquisadoras principais.

A NIC é incluída na *Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (Versão Alfa)* do Conselho de Enfermeiros Internacional (CEI).

Tem início a publicação da *The NIC Letter*, na Universidade de Iowa.

1994

O Cumulative Index da Nursing and Health Care Literature (CINAHL) (Índice Cumulativo de Literatura de Enfermagem e de Assistência em Saúde) e a Silver Platter adicionam a NIC a seus índices.

A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Junta da Comissão de Acreditação das Organizações de Assistência em Saúde) (JCAHO) inclui a NIC como forma de atender aos padrões de uma coleta de dados uniforme.

A National League for Nursing (NLN) (Liga Nacional de Enfermagem) elabora um vídeo descrevendo as etapas de desenvolvimento e teste da NIC.

São criados os recursos financeiros institucionais, voltados ao preparo de candidatos a doutorado e pós-doutorado na Universidade de Iowa, tendo Joanne McCloskey e Meridean Maas como diretoras.

O Nursing Classifications Fund (Fundo para Classificações de Enfermagem) é estabelecido na Universidade de Iowa, a fim de promover apoio financeiro contínuo para o desenvolvimento e uso da NIC e da NOC.

1995

O Center for Nursing Classification da Universidade de Iowa é aprovado (13 de dezembro) pelo Iowa Board of Regents (sem recursos financeiros), para facilitar a pesquisa e a implantação contínua da NIC e da NOC. Uma comissão de conselheiros para obtenção de recursos financeiros é estabelecida e são indicados seus membros.

1996

A Mosby publica a segunda edição da *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*.

Ocorre a primeira reunião da comissão de conselheiros para obtenção de recursos financeiros do Center for Nursing Classification (Centro para Classificação de Enfermagem).

O *Social Policy Statement* (Declaração de Política Social) da ANA inclui intervenções da NIC.

O primeiro agente comercial assina um contrato de licença para a NIC e a NOC.

A NIC passa a ser ligada ao Sistema Omaha e é distribuída em uma monografia publicada pelo Center for Nursing Classification (Centro para Classificação de Enfermagem).

1997

O *The NIC Letter* se torna *The NIC/NOC Letter*.

É realizada a primeira conferência internacional da junta da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), NIC e NOC em St. Charles, Illinois.

1998

A NIC envia informações ao American National Standards Institute Health Informatics Standards Board (ANSI HISB) para o Inventory of Clinical Information Standards (inventário dos padrões de informação clínica).

O *The NIC/NOC Letter* passa a ser financiado pela Mosby-Year Book.

A NIC é traduzida para vários idiomas (holandês, coreano, chinês, francês, japonês, alemão e espanhol).

O Center for Nursing Classification (Centro de Classificações de Enfermagem) recebe um suporte de três anos da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa (1998-2001), com fornecimento de espaço físico no quarto andar do prédio da Faculdade de Enfermagem e tem Joanne McCloskey nomeada diretora.

As intervenções da NIC são associadas aos resultados da NOC em uma monografia publicada pelo Center for Nursing Classification (Centro de Classificações de Enfermagem) da Universidade de Iowa.

1999

A NIC é incluída nos *ABC codes* da Alternative Link para reembolso.

É criado, na Universidade de Iowa, o First Institute of Informatics and Classification (Primeiro Instituto de Informática e Classificação).

O *Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments* (Intervenções de enfermagem: Tratamentos de enfermagem efetivos), editado por Bulechek e McCloskey, é publicado pela W. B. Saunders Company.

2000

A Mosby publica a terceira edição da *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*.

A Aliança NNN é criada, tendo Dorothy Jones e Joanne Dochterman como copresidentes.

A NIC e a NOC são associadas aos Resident Assessment Protocols (RAP) e ao Outcome and Assessment Information Set (OASIS).

Ocorre o segundo Institute on Informatics and Classification.

2001

O livro que correlaciona as três linguagens — *Nursing Diagnoses, Outcomes, Interventions: NANDA, NOC and NIC Linkages* (Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, ligação NANDA, NOC e NIC) — é escrito pelos principais pesquisadores da NIC e da NOC e publicado pela Mosby.

É fundada a Conferência NNN Common Structure pela National Library of Medicine (Joanne Dochterman e Dorothy Jones, pesquisadoras principais) e realizada em Utica, Illinois, no mês de agosto.

São recebidos recursos financeiros (NINR e Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]) para uma grande pesquisa em bancos de dados com uso da NIC (Maria Titler e Joanne Dochterman). Trata-se, provavelmente, do primeiro financiamento deste tipo para pesquisas de eficácia de enfermagem, em que é utilizada uma base de dados clínicos com linguagem de enfermagem padronizada.

A NIC é registrada no Health Level 7 (HL7).

Ocorre o terceiro Institute on Informatics and Classification.

2002

A Aliança NNN realiza uma conferência internacional sobre linguagem, classificação e informática em enfermagem em Chicago, Illinois. Esta conferência é uma substituição da conferência bienal da NANDA. Um Withe Paper sobre o desenvolvimento de uma estrutura comum para a NANDA, a NIC e a NOC é apresentado aos participantes do evento.

A SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine – Nomenclatura Sistemática de Medicina) licencia a NIC para incluí-la em seu banco de dados.

O Center for Nursing Classification expande seu nome para Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. Os recursos de financiamento atingem 600.000 dólares.

Ocorre o quarto Institute on Informatics and Classification.

Um curso *online* de quatro horas sobre linguagens padronizadas, NANDA, NIC e NOC, é oferecido pelo

Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness da Universidade de Iowa.

Pela segunda vez, a Universidade de Iowa pela NINR disponibiliza recursos financeiros para candidatos ao doutorado e pós-doutorado em pesquisas de eficácia, tendo Joanne Dochterman e Marta Craft-Rosemberg como diretoras.

É criado o cargo de Membro do Centro (para auxiliar o desenvolvimento continuado do desenvolvimento da NIC e da NOC), e cerca de 30 pessoas são nomeadas por um período de três anos.

2003

A ANA publica a „Common Taxonomy of Nursing Practice” (Taxonomia Comum da prática de Enfermagem) em uma monografia intitulada, *Unifying Nursing Languages: The Harmonization of NANDA, NIC and NOC* (editada por Joanne Dochterman e Dorothy Jones).

O primeiro encontro dos membros do CNC ocorre em 11 de abril na Faculdade de Enfermagem.

A Mosby produz um *software* em CD-ROM de um programa para NANDA, NIC e NOC baseado no livro *Nursing Diagnoses, Outcomes, Interventions: NANDA, NOC and NIC Linkages*.

O Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness recebe o prêmio internacional Sigma Theta Tau de conhecimento clínico.

Ocorre o quinto Institute on Informatics and Classification.

Elizabeth Swanson e Howard Butcher tornam-se membros do Conselho Executivo do CNC.

Uma versão em espanhol do webcurso *NIC e NOC 101: The Basics*, traduzido por Patrícia Levi, é oferecido pelo Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness da Universidade de Iowa.

2004

É publicada a quarta edição da *Classificação das Intervenções de Enfermagem* e a terceira edição da *Classificação de Resultados de Enfermagem* pela Mosby.

A Aliança NNN realiza a segunda conferência internacional sobre linguagem, classificação e informática em enfermagem em Chicago, Illinois.

Joanne Dochterman aposenta-se do cargo de diretora do centro e Sue Moorhead é nomeada diretora efetiva em 1º de julho de 2004.

O centro publica a monografia *Guideline for Conducting Effectiveness Research in Nursing and Other Health Care Services*, de autoria de Marita Titler, Joanne Dochterman e David Reed.

As doações para o Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness atingem 700.000 dólares.

2005

A NIC e a NOC são incorporadas aos protocolos GNIRC.

Ocorre o sexto Institute on Informatics and Classifications.

O mandato dos „Membros do Centro” é renovado por um período de três anos a partir de 1º de julho. Membros adicionais são indicados e nomeados.

O Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness celebra seu décimo aniversário em dezembro.

O segundo evento financiado por Annette Scheffel foi realizado em 2 de dezembro, com uma recepção.

2006

É publicada a segunda edição de *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, Interventions* pela Mosby.

A Aliança NNN realiza a terceira conferência internacional sobre linguagem, classificação e informática na Filadélfia, Pensilvânia.

Cinco membros novos são nomeados no encontro anual, em abril.

O reconhecimento da NIC e da NOC pela American Nurses Association (ANA) é renovado.

Além dos eventos mencionados, a NIC e a NOC têm sido apresentadas em inúmeras conferências nacionais e internacionais ao longo dos anos. Apresentações em outros países incluíram: Andorra, Austrália, Brasil, Canadá, Dinamarca, Inglaterra, França, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Coreia, Holanda, Eslovênia, Espanha, Suíça e Turquia.

Convocação para Revisores Especialistas: Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

O Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness da Faculdade de Enfermagem, na Universidade de Iowa, está à **procura de revisores** com conhecimentos em áreas específicas. Revisores voluntários podem ser solicitados a:

1. Auxiliar nas revisões das atuais intervenções da NIC e resultados da NOC.
2. Desenvolver novos resultados junto à família, à criança ou à área da comunidade, ou especificar novas intervenções listadas como „intervenções sob consideração”.

O propósito das revisões é garantir que o conteúdo da intervenção e do resultado reflita a prática atual. Na preparação para futuras edições das classificações, os revisores receberão por e-mail um determinado número de intervenções e/ou resultados pertinentes às áreas do conhecimento informadas, e serão solicitados a revisar este material quanto à integridade ou às alterações necessárias, e a fornecer referências recentes. Estima-se que o tempo necessário para que um revisor realize este trabalho seja de quatro horas. *Todos os revisores terão um agradecimento na publicação.*

Este é um bom modo de contribuir para a atualização continuada das classificações. Ofereça voluntariamente seus conhecimentos e inscreva-se em uma ou mais das seguintes áreas:

Indique a(s) área(s) de conhecimento(s): (circule todas que se aplicam)

- a) Assistência Ambulatorial
- b) Enfermagem Infantil/Familiar
- c) Enfermagem Comunitária/Saúde Pública
- d) Cuidados Intensivos
- e) Enfermagem Emergencial
- f) Enfermagem Gerontológica
- g) Enfermagem Médico-Cirúrgica: descreva áreas específicas: ____
- h) Enfermagem em Neurociências
- i) Enfermagem Obstétrica/Neonatal
- j) Oncologia
- k) Enfermagem Ortopédica
- l) Controle da Dor
- m) Enfermagem Perioperatória
- n) Enfermagem Psiquiátrica
- o) Enfermagem na Reabilitação
- p) Suporte Espiritual

q) Outra: _____

Eu gostaria de revisar _____ intervenções da NIC _____ resultados da NOC _____ ambas as intervenções da NIC e resultados da NOC.

Nome: _____

Credenciais: _____

Título: _____

Local de Trabalho: _____

e-mail: _____

DIRETRIZES PARA REVISÃO DE UMA INTERVENÇÃO DA NIC

É importante que o revisor esteja familiarizado com a NIC e com o processo de revisão. As intervenções a ser revisadas serão enviadas em formato eletrônico por e-mail. O recurso de „rastreamento de alterações” da Microsoft deve ser acionado por aqueles que preferem fazer alterações eletronicamente. Você também pode imprimir a intervenção e escrever as alterações sugeridas. Se uma revisão importante é feita, solicitamos que se faça uma redigitação identificando claramente as alterações, de modo que sua intervenção seja legível e facilmente compreendida. Todas as intervenções serão revisadas e a decisão final será tomada pelos editores.

Passo 1 Atualize as leituras de conhecimento com quatro a oito referências. Deve-se dar preferência a referências centrais, e frases de diretrizes de grupos de autoridades. Livros-texto (edição atual) e artigos de jornal (a partir de 2002) também podem ser apresentados. Trabalhos clássicos podem ser incluídos quando forem relevantes.

Passo 2 Considerar o título e a definição. O objetivo é alterá-los o mínimo possível, uma vez que os usuários da classificação consideram tais alterações incômodas. Entretanto, se a prática mudou ou se as afirmações oficiais dos padrões foram alteradas, será necessário que estas mudanças sejam refletidas na terminologia. Solicitamos que o revisor forneça um raciocínio convincente quando qualquer mudança for proposta.

Passo 3 Atualize as atividades obedecendo aos princípios a seguir. A maioria das alterações na prática estará refletida nesta seção.

1. Exclua aquilo que já não for mais relevante.
2. Edite para fazer atualizações ou esclarecimentos.
3. Escreva uma nova atividade de acordo com os seguintes princípios:
 - a. Inicie cada atividade com um verbo. Entre os verbos que poderão ser utilizados estão *assistir/auxiliar, administrar, explicar, evitar, facilitar, examinar, monitorar* e *usar*. Empregue o verbo mais ativo que seja adequado à situação. Prefira o termo *monitorar* ao termo *levantar dados sobre*. Monitoração é um tipo de levantamento de dados, mas somente é realizado após o diagnóstico como parte de uma intervenção, e não como preparação para fazer um diagnóstico. Evite termos como *observar* e *avaliar*.
 - b. Mantenha as atividades o mais genérica possível (p. ex., em vez de dizer „Colocar na cama Kinair” ou „Colocar na cama com eletricidade circular”, diga „Colocar na cama terapêutica”). Elimine nomes de marcas.
 - c. Evite combinar duas ideias diferentes em uma única atividade a menos que exemplifiquem a mesma coisa.
 - d. Evite repetir uma ideia; quando duas atividades dizem a mesma coisa, ainda que com outras palavras, elimine uma delas.
 - e. Focalize-se nas atividades essenciais. Não se preocupe em incluir todas as atividades de apoio. A quantidade de atividades depende da intervenção, mas de uma forma geral, utilize uma lista de uma página.
 - f. Empregue o mesmo modo de escrever para atividades semelhantes em intervenções distintas.
 - g. Escreva as atividades de modo claro, sem fazer referência ao paciente ou ao enfermeiro. Caso seja necessário referir-se ao paciente, prefira empregar o termo *paciente* ou *pessoa* em vez de *cliente* ou outros termos. Utilize os termos *membro(s) da família* ou *outra(s) pessoa(s) importante(s)* em vez de *cônjuge*.
 - h. Acrescente a expressão „conforme apropriado”, „conforme necessário” ou „conforme a necessidade” no final das atividades que sejam importantes, mas que sejam utilizadas somente em algumas ocasiões.

- i. Verifique a coerência entre as atividades e a definição do título.
- j. Organize as atividades seguindo a ordem em que usualmente são executadas, conforme apropriado.

Passo 4 Forneça um breve raciocínio para as revisões que você está apresentando.

Passo 5 Faça sugestões de intervenções adicionais que possam ser necessárias para refletir melhor a prática atual.

Nós o convidamos a propor uma nova intervenção de acordo com as normas presentes no Apêndice B da NIC. As ideias para intervenções novas podem ser enviadas ao Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness para inclusão na lista de „intervenções sob consideração”.

Gostaríamos de agradecer sua ajuda na próxima edição da NIC. O envio do formulário preenchido implica a permissão para incluir seu nome na lista de colaboradores. Forneça as informações a seguir, conforme você deseja que apareçam no livro.

Nome em letra de forma: _____

Ocupação: _____

Local de trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade, estado, CEP: _____

Solicitamos que nos envie este formulário por correio, e-mail ou via fax juntamente com sua proposta de intervenção(ões) nova(s) ou revisada(s) para:

Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness

The University of Iowa

College of Nursing 407 NB

Iowa City, IA 52242-1121

Fone: (319) 335-7051

Fax: 319-335-9990

sharon-sweeney@uiowa.edu

Publicações Seleccionadas

A. Edições anteriores da NIC:

McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (Eds.) (1992). *Nursing interventions classification (NIC)*. St. Louis, MO: Mosby Year Book (336 Intervenções).

– Traduzido para o francês, 1996: Decarie Editeur Inc.

McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (Eds.) (1996). *Nursing interventions classification (NIC)* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby (433 Intervenções).

– Traduzido para o holandês, 1997: De Tijdstroom, Utrecht.

– Traduzido para o chinês, 2000: Farseeing.

– Traduzido para o francês, 2000: Masson.

– Traduzido para o japonês, 2001: Nankodo.

– Traduzido para o coreano, 1998: Hung Moon Sa.

– Traduzido para o espanhol, 2000: Sintesis.

McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (Eds.) (2000). *Nursing interventions classification (NIC)* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby (486 Intervenções).

– Traduzido para o japonês, 2002: Nankodo.

– Traduzido para o holandês, 2002: Elsevier Gezondheidszorg.

– Traduzido para o português, 2004: Artes Medicas.

– Traduzido para o alemão, em andamento, Hans Huber.

– Traduzido para o espanhol, 2001: Ediciones Harcourt, S. A.

Dochterman, J.M. & Bulechek, G.M. (Eds.) (2004). *Nursing interventions classification (NIC)* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby (514 Intervenções).

– Traduzido para o japonês, 2006: Nankodo.

B. A melhor apresentação à NIC é a leitura dos capítulos deste livro e das edições anteriores. Além disso, temos incluído como lista de referência, em uma variedade de populações, cenários e propósitos. Trata-se de uma lista alfabética simples sem organização baseada em tópicos ou avaliação de qualidade.

Bibliografia

- Acello B. Top drawer: Nursing interventions classification (book review). *Computers in Nursing*. 1997;15(5):219. 230-231
- Ahern C. Applying standardized nursing language to three cardiac and pulmonary rehabilitation programs in rural setting (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):32.
- Almeida J., Cezarol P. NANDA and NIC linkages in the care of orthopedic patients in a Brazilian university hospital. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):19-20.
- Alternative Link Systems, Inc. The CAM and nursing coding manual. Albany, NY: Delmar, 2001.
- Arnold J.M. Comparison of use of nursing language in documentation of rehabilitation nursing. In: Rantz M.J., LeMone P., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale, CA: CINAHL Information Systems; 1999:285-290.
- Aquilino M.L., Keenan G. Having our say: Nursing's standardized nomenclatures. *American Journal of Nursing*. 2000;100(7):33-38.
- Barry-Walker J., Bulechek G.M., McCloskey J.C. A description of medical-surgical nursing. *MedSurg Nursing*. 1994;3(4):261-268.
- Bassoli S., Guimaraes H. Wound care: Nursing activities in the assistance practice, compared to the activities proposed by the Nursing Interventions Classification (NIC) (Portuguese). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004;23(2):108-113.
- Beecroft P.C. Differentiating advanced practice interventions and outcomes. *The Journal for Advanced Nursing Practice*. 1995;9(5):237.
- Bergman-Evans B. Evidence-based protocol: Improving medication management for older adult clients. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2005.
- Bjornsdottir G., Thorhallsdottir I. An internet-based survey of Icelandic nurses on their use of and attitudes toward NANDA, NIC, and NOC. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):32-33.
- Blegen M.A., Tripp-Reimer T. Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. *Advances in Nursing Science*. 1997;19(3):37-49.
- Blegen M.A., Tripp-Reimer T. Nursing theory, nursing research and nursing practice: Connected or separate? In: McCloskey J.C., Grace H.K., editors. *Current issues in nursing*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1997:68-74.
- Blissitt P.A., Roberts S., Hinkle J.L., Kopp E.M. Defining neuroscience nursing practice: The 2001 role delineation study. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2003;35(1):8-15.
- Bowker G.C., Starr S.L., Spasser M.A. Classifying nursing work. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2001. Available from http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_6.htm.
- Bowker G.C., Starr S.L. Sorting things out: Classification and practice. Boston: MIT Press, 1999. (two chapters devoted to NIC)
- Bowles K.H., Naylor M.D. Nursing intervention classification systems. *Image — The Journal of Nursing Scholarship*. 1996;28(4):303-308.

- Bradley V. NIC: What is it? *Journal of Emergency Nursing*. 1995;21(4):338-340.
- Brier J. NANDA, NIC, NOC care plans enhance communication among caregivers and improve measurable outcomes for patients and staff (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):61.
- Brokel J., Nicholson C. Care planning with electronic problem list and care set functions (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):21-22.
- Buckwalter K.C. Interventions for specialty practice. *Journal of Gerontological Nursing*. 1998;24(7):5.
- Bulechek G.M., Dochterman J. Estimated time and educational requirements to perform NIC interventions (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):33.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C. Nursing intervention taxonomy development. In: McCloskey J.C., Grace H.K., editors. *Current issues in nursing*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1990:23-28.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *The nursing clinics of North America: nursing interventions*, 27. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992. (2)
- Bulechek G.M., McCloskey J.C. Additional dialogue between Bulechek, McCloskey, and Grobe. In: *Papers from the Nursing Minimum Data Set Conference*. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Nurses Association; 1993:158-160. Canadian Nurses Association
- Bulechek G.M., McCloskey J.C. Nursing interventions classification (NIC): Defining nursing care. In: McCloskey J.C., Grace H.K., editors. *Current issues in nursing*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1994:129-135.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C. Nursing diagnoses, interventions, and outcomes in effectiveness research. In: Bulechek G.M., McCloskey J.C., editors. *Nursing interventions: Effective nursing treatments*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:1-26.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., Denehy J.A., Titler M. Report on the NIC project: Nursing interventions used in practice. *American Journal of Nursing*. 1994;94(10):59-66.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., Donahue W. Nursing interventions classification (NIC): A language to describe nursing treatments. In: Lang N.M., editor. *Nursing data systems: The emerging framework*. Washington, DC: American Nurses Association; 1995:115-131.
- Reprinted as: Bulechek, G.M., McCloskey, J.C., & Donahue, W. Nursing interventions classification (NIC): A language to describe nursing treatments. In R.A. Mortensen (Ed.), *Proceedings of the First European Conference on Nursing Diagnoses: Creating a European Platform* (pp. 309-319). Copenhagen: Danish Institute for Health and Nursing Research
- Bulechek G.M., McCloskey J.C., The Iowa Intervention Project Research Team. Letter to the editor: All users of NIC encouraged to submit new interventions, suggest revisions. *Image—Journal of Nursing Scholarship*. 1997;29(1):10.
- Bulechek G.M., McCloskey J.C. *Nursing interventions effective nursing treatments*, 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999.
- Burkhart, L. (2002). *An instance of knowledge representation: Measuring the domain completeness of the Nursing Interventions Classification system in parish nurse documentation*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University—Medical College of Virginia
- Burkhart L. Integrating NNN into nursing education: A case study (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):22.
- Burkhart L. Measuring spiritual care in nursing practice (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):61.
- Burkhart L., Androwich I. Measuring the domain completeness of the Nursing Interventions Classification in parish nurse documentation. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2004;22(2):72-82.
- Burkhart L., Konicek D., Moorhead S., Androwich I. Mapping parish nurse documentation into the Nursing Interventions Classification: A research method. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2005;23(4):220-229.
- Calsinski de Assis C., Botura Leite de Barras A.L. Evaluation of proposed interventions for fatigue in patients hospitalized with congestive heart failure (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):49.
- Calvo Martin C., Blanco Rodriguez J.M., Carrion Bolanso M.I., Gaspar Alonso-Vega G., Garcia Navanete F. Nursing Interventions Classification (NIC) in the NANDA diagnoses about pressure ulcer: Validation of the activities. *Gerokomos*. 2003;14(1):48-57.
- Carlson J. Consensus validation process: A standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):23-24.
- Carlson J. Professional nursing latent tuberculosis infection standards of practice development using NANDA, NIC, and NOC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):62.
- Carlson-Catalano J. Nursing diagnoses and interventions for post-acute-phase battered women. *Nursing Diagnosis*. 1998;9(3):101-109.
- Carter, J.K. (1995). *Implementation of the Nursing Interventions Classification in five clinical sites*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- Carter J., Moorhead S.A., McCloskey J.C., Bulechek G.M. Using the Nursing Interventions Classification (NIC) to implement AHCPR Guidelines. *Journal of Nursing Care Quality*. 1995;9(2):76-86.
- Cavendish R., Konecny L., Mitzeliotis C., Russo D., Luise B., Lanza M., Medefindt J., Bajo M.A. Spiritual care activities of nurses using Nursing Interventions Classification (NIC) labels (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):113-124.
- Cavendish R., Lunney M., Kraynyak-Luise B., Richardson K. Nursing interventions in school settings. In: Rantz M.J., LeMone P., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale, CA: CINAHL Information Systems; 1999:296-298.
- Center for Nursing Classification, Cox R. Preparer. Standardized nursing language in long term care. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, 2000.
- Center for Nursing Classification. NIC interventions and NOC outcomes linked to the OASIS information set. Iowa City: Center for Nursing Classification, 2000.
- Center for Nursing Classification. Estimated time and educational requirements to perform 486 nursing interventions. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, 2001.
- Chau C. Nursing progress: Nursing Interventions Classification and institution-building (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):25.
- Clarke M., Implementation of nursing standardized languages: NANDA, NIC & NOC (online). *On-line Journal of Nursing Informatics*. 1998;2(2). Available from <http://www.eaa-knowledge.com/ojni/toc.htm>.
- Clarke M. Validation of nursing intensity in a sample of acute care cardiovascular patients using the Nursing Interventions Classification (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):26-27.
- Coenen A., Ryan P., Sutton J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the Nursing Interventions Classification (NIC). *Nursing Diagnosis*. 1997;8(4):145-151.
- Cohen M.Z., Kruckeberg T., McCloskey J.C., Bulechek G.M., Craft M.J., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T., Nelson D.C., Wyman M., Titler M. Inductive methodology and a research team. *Nursing Outlook*. 1992;39(4):162-165.
- Contino D.S. The ABCs of APCs. *Nursing Management*. 2000;31(10):12. 14-16
- Corbett C.F., Androwich I.M. Critical paths: Implications for improving practice. *Home Healthcare Nurse*. 1994;12(6):27-34.
- Cox R. Using NANDA, NIC, and NOC with Levine's conservation principles in a nursing home (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):41.
- Craft-Rosenberg M., Denehy J., editors. *Nursing interventions for infants, children, and families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
- Cullen L.M., McCloskey J.C., Bulechek G.M. Development and validation of circulatory nursing interventions. In: Carroll-Johnson R.M., Paquette M., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1994:307-310.
- Daly J.M. How nursing interventions classification fits in the patient information system patient core data set. *Computers in Nursing*. 1997;15(Suppl. 2):S577-S581.

- Daly J.M. Evidence-based protocol: Elder abuse prevention. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2004.
- Daly J.M., Button P., Prophet C.M., Clarke M., Androwich I. Nursing Interventions Classification implementation issues in five test sites. *Computers in Nursing*. 1997;15(1):23-29.
- Daly J.M., Maas M.L., Buckwalter K.C. Use of standardized nursing diagnoses and interventions in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*. 1995;21(8):29-36.
- Daly J.M., Maas M.L., Buckwalter K.C. What interventions do nurses use in long term care? *The Director*. 1997;5(3):108-111.
- Daly J.M., McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing Interventions Classification use in long term care. *Geriatric Nursing*. 1994;15(1):41-46.
- Daly J.M., Maas M.L., McCloskey J.C., Bulechek G.M. A care planning tool that proves what we do. *RN*. 1996;59(6):26-29.
- Date M. Use of standardized nursing languages in the documentation of renal dialysis services (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):25.
- Davis K.A. AIDS nursing care and standardized nursing language: An application of the Nursing Intervention Classification. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 1995;6(6):37-44.
- de Barros A.L., Fakh F.T., Michel J.L. Use of the computer as a tool for the implementation of the nursing process: The experience of the Sao Paulo/UNIFESP (Portuguese). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2002;55(6):714-719.
- de Fátima Lucena A., de Barros A.L. Mapping nursing prescriptions for ineffective breathing pattern in an intensive care unit and NIC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):32.
- Delaney C., Mehmert P.A., Prophet C.M., Bellinger S.L.R., Huber D.G., Ellerbe S. Standardized nursing language for healthcare information systems. *Journal of Medical Systems*. 1992;16(4):145-159.
- Delaney C., Moorhead S. Synthesis of methods, rules, and issues of standardizing nursing intervention language mapping. *Nursing Diagnosis*. 1997;8(4):152-156.
- de Lima Lopes J., Botura Leite de Barras A.L. Validation of priority NIC interventions and suggested NOC outcomes for fluid volume excess (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):50.
- Denehy J. Measuring the outcomes of school nursing practice: Showing that school nurses do make a difference. *Journal of School Nursing*. 2000;16(1):2-4.
- Denehy J., Poulton S. The use of standardized language individualized healthcare plans. *Journal of School Nursing*. 1999;15(1):38-45.
- De Vliegher K.L., Paquay K.L., Grypdonck M., Wouters R., Debaillie R., Geys L. A study of core interventions in home nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42(5):513-520.
- Dochterman J. Effectiveness research: Three examples (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):85-86.
- Dochterman J. Nursing Interventions Classification (NIC). In Fitzpatrick J., Wallace M., editors: *Encyclopedia for nursing research*, 2nd ed., New York: Springer Publishing Company, 2006.
- Dochterman J.C., Bulechek G.M., Moorhead S., Johnson S., Maas M. Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC): Overview and current status. In: Clark J., editor. *Naming nursing: Proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK conference held September 2003 in Swansea, Wales, United Kingdom*. Bern, Switzerland: Verlag Hans Huber; 2003:113-122.
- Dochterman J.M., Jones D.A. Unifying nursing knowledge: Communicating nursing practice. In: Roy S.C., Jones D.A., editors. *Nursing knowledge development and clinical practice*. New York: Springer Publishing Company, 2007.
- Dochterman J.M., Titler M., Wang J., Reed D., Pettit D., Mathew-Wilson M., Budreau G., Bulechek G., Kraus V., Kanak M. Describing use of nursing interventions for three groups of patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(1):57-66.
- Dougherty C.M. Nursing interventions and outcomes for the nursing diagnosis decreased cardiac output. In: Rantz M.J., LeMone P., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale, CA: CINAHL Information Systems; 1999:441-452.
- Eganhouse D.J., McCloskey J.C., Bulechek G.M. How NIC describes MCH nursing. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 1996;21(September/October):247-252.
- Engebretson J. A multiparadigm approach to nursing. *Advances in Nursing Science*. 1997;20(1):21-33.
- England M. Classification of nursing interventions (book review). *Nursing Diagnosis*. 1993;4(2):79-80.
- Erdemir F., Algier L. Potential nursing diagnoses and interventions in the care of patients in a burn unit: A pilot study (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):30-31.
- Farren A. Women putting out the fire: Using research to work with women for a healthier tomorrow (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):61.
- Farren A. A demonstration for evidence-based practice processes: The case of complex relationship building (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):31-32.
- Figoski M., Downey J. Perspectives in continuity of care. Facility charging and Nursing Interventions Classification (NIC): The new dynamic duo. *Nursing Economics*. 2006;24(2):102.
- Finesilver C., Metzler D., editors. Curriculum guide for implementation of NANDA, NIC, and NOC into an undergraduate nursing curriculum. Iowa City, IA: Center for Nursing Classification, The University of Iowa, College of Nursing, 2002.
- Finesilver C., Metzler D. Use of NANDA, NIC, and NOC in a baccalaureate curriculum (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):34-35.
- Fitzpatrick M.J., McElroy M.J., DeWoody S. Building a strong nursing organization in a merged service line structure. *JONA: Journal of Nursing Administration*. 2001;31(1):24-32.
- Flatt M. Teaching systems transformation (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):35.
- Franco de Carvalho J., Fernandes Patelli S.C., Lima da Nobrega M.M. Elaboration and validation of a systematic instrument for nursing care for the hypertensive client using NANDA, NOC, and NIC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):50-51.
- Frederick J., Scherb C.A., Smith-Foreman K., Witt S., Quiram J., Wagennar J., Slama C., Botemmak K., Muilenburg J., Evans K. Speaking a common language. *American Journal of Nursing*. 2001;101(3):2400.
- Frederick J., Watters M. Integrating nursing acuity, NANDA, NIC, and NOC into an automated nursing documentation system (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):26.
- Frigstad V., von Krogh G. Training nursing students in NANDA, NIC, and NOC terminology using a software program (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):70-71.
- Gaskamp C.D., Meraviglia M., Sutter R. Evidence-based protocol: Promoting spirituality in the older adult. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2005.
- Garcia T., Lober J.H. A users guide to operationalizing NANDA, NIC, and NOC in a nursing curriculum (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):33-34.
- Garutti Rodrigues F.F., Barros A. NIC interventions and NOC outcomes in patients with activity intolerance (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):79.
- Graiver M., Shannon M., Decker S. Cognitive coherence: Use of nursing's standardized language (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(Suppl. 4):52.
- Guedes M., de Araujo T. Hypertensive crisis: Case study with use of Nursing Interventions Classification in order to reach adaptive responses based in the Roy's Theoretic Model (Portuguese). *Acta Paulista de Enfermagem*. 2005;18(3):241-246.

- 12 Haddon R. Bookshelf: Reviewed this month — Nursing Interventions Classification (Book Review). *RN*. 1993;56(5):73.
- 13 Hajewski C., Maupin J.M., Rapp D.A., Sitterding M., Pappas J. Implementation and evaluation of Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification in a patient education plan. *Journal of Nursing Care Quality*. 1998;12(5):30-40.
- 14 Haugsdal C.S., Scherb C. Using NIC to describe the role of the nurse practitioner (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):43.
- 15 Haugsdal C.S., Scherb C. Using the Nursing Interventions Classification to describe the work of the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2003;15(2):87-94.
- 16 Henry S.B., Holzemer W.L., Randell C., Hsieh S., Miller T.J. Comparison of Nursing Interventions Classification and current procedural terminology codes for categorizing nursing activities. *Image — Journal of Nursing Scholarship*. 1997;29(2):133-138.
- 17 Hertz J.E., Koren M.E., Robertson J.F., Rossetti J. Evidence-based practice guideline. Management of relocation in cognitively intact older adults. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2005.
- 18 Hiltunen E.F., Winder P.A., Rait M.A., Buselli E.F., Carroll D.L., Rankin S.H. Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabilitation Nursing*. 2005;30(6):221-229.
- 19 Hoyt K.S. President's message: Validating nursing with NANDA, NIC, and NOC. *Emergency Nurses Association*. 1997;23:507-509.
- 20 Hughes R. The use of NANDA, NIC, and NOC in the identification and measurement of problems, interventions, and outcomes in spinal cord injury (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):18-19.
- 21 Hur H.K., Kim S., Storey M. Nursing diagnoses and interventions used in home care in Korea. *Nursing Diagnosis*. 2000;11(3):97-108.
- 22 Hyun S., Park H.A. Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha system and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*. 2002;49(2):99-110.
- 23 Iowa Intervention Project, Daly J.M. NIC Interventions linked to NANDA diagnoses. Iowa City, IA: Author, 1992. (Out of Print.)
- 24 Iowa Intervention Project. Taxonomy of nursing interventions. Iowa City, IA: Author, 1992. (Out of Print.)
- 25 Iowa Intervention Project. The NIC Taxonomy structure. *Image — Journal of Nursing Scholarship*. 1993;25(3):187-192.
- 25a Reprinted as Iowa Intervention Project. NIC-domeinen en-klassen. In: *Handboek Verpleegkundige Diagnostiek, interventies en resultaten*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum; 1993:A1550-A1551. A1550-3
- 25b Iowa Intervention Project. De structuur van de NIC-taxonomie. In: *Handboek Verpleegkundige diagnostiek, interventies en resultaten*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum; 1993:A1500-A1501. A1500-12
- 26 Iowa Intervention Project. Validation and coding of the NIC taxonomy structure. *Image — Journal of Nursing Scholarship*. 1995;27(1):43-49.
- 27 Iowa Intervention Project, Bulechek G.M., McCloskey J.C. NIC implementation manual. Iowa City, IA: Author, 1996. (Out of Print.)
- 28 Iowa Intervention Project. Core interventions by specialty. Iowa City, IA: Author, 1996. (Out of Print.)
- 29 Iowa Intervention Project. NIC interventions linked to Omaha System problems. Iowa City, IA: Author, 1996.
- 30 Iowa Intervention Project. Nursing Interventions Classification (NIC) publications: An anthology. Iowa City, IA: Author, 1996.
- 31 Iowa Intervention Project. Defining nursing's effectiveness: Diagnoses, interventions, and outcomes. In: Rantz M., LeMone P., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the twelfth conference*. Glendale, CA: CINAHL Information Systems; 1997:293-303.
- 32 Iowa Intervention Project. Nursing interventions classification (NIC): An overview. In: Rantz M., LeMone P., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the twelfth conference*. Glendale, CA: CINAHL Information Systems; 1997:32-39.
- 33 Iowa Intervention Project. Proposal to bring nursing into the information age. *Image — Journal of Nursing Scholarship*. 1997;29(3):275-281.
- 34 Iowa Intervention Project. NIC interventions linked to NOC outcomes. Iowa City, IA: Author, 1998. (Out of Print.)
- 35 Iowa Intervention Project. Determining cost of nursing interventions: A beginning. *Nursing Economics*. 2001;19(4):146-160.
- 36 Jennewein C. Development/implementation of NNN-language care plans in an electronic medical record for a behavioral health population (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):72.
- 37 Jensen B.A. You make the diagnosis: Case study: Family stress and Alzheimer's disease. *Nursing Diagnosis*. 1999;10(4):134. 148, 169-172
- 38 Johnson C. Nursing care documentation using NANDA, NIC, and NOC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):26.
- 39 Johnson M. Linking NANDA, NOC, and NIC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):39-40.
- 40 Johnson M., Bulechek G., Dochterman J., Maas M., Moorhead S. Nursing diagnoses, outcomes, interventions: NANDA, NOC, and NIC linkages. St. Louis, MO: Mosby, 2001.
- 41 Jonsdottir A., Thoroddsen A. NIC use by urologic nurses in Iceland (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):26-27.
- 42 Karolys A. You make the diagnosis: Case study: The role of nurses in the protection of children and the importance of naming the phenomena of nursing concern. *Nursing Diagnosis*. 1999;10(3):92. 121-124
- 43 Keenan G. Revitalizing the care planning process with NANDA, NIC, and NOC using the HANDS method (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):87-88.
- 44 Keenan G., Falan S., Heath C., Treder M. Establishing competency in the use of North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Outcomes Classification, and Nursing Interventions terminology. *Journal of Nursing Measurement*. 2003;11(2):183-198.
- 45 Keenan G., Heath C., Treder M., Stocker J., Yakel B. HANDS: Refining methods to generate comparable nursing data (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):28.
- 46 Keenan G., Killeen M.B., Clingerman E. NANDA, NOC, and NIC: Progress toward a nursing information infrastructure. *Nursing Education Perspectives*. 2002;23(4):162-163.
- 47 Keenan G.M., Stocker J.R., Geo-Thomas A.T., Soparkar N.R., Barkauskas V.H., Lee J.L. The HANDS project: Studying and refining the automated collection of a cross-setting clinical data set. *Computers in Nursing*. 2002;20(3):89-100.
- 48 Keenan G., Stocker J., Barkauskas V., Treder M., Heath C. Toward collecting a standardized nursing data set across the continuum: Case of adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Management*. 2003;7(3):113-120.
- 49 Keenan G., Stocker J., Barkauskas V., Treder M., Heath C. Toward integrating a common nursing data set in home care to facilitate monitoring outcomes across settings. *Journal of Nursing Measurement*. 2003;11(2):157-169.
- 50 Killeen M. Comfort management as a proposed NIC, and validation of three NOCs for end-of-life and chronically ill patients (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):19.
- 51 Killeen M. Use of NANDA, NIC and NOC as a framework for cyclic perimenstrual pain and discomfort (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):19-20.
- 52 Kirby, A. (1996). *Classification of advanced nursing functions using the Nursing Interventions Classification taxonomy*. Unpublished doctoral dissertation, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania
- 53 LaDuke S. Beyond the psychomotor realm. *Nursing Management*. 2002;33(3):41-42.
- 54 LaDuke S. Consider this ...Competency assessments: A case for the Nursing Interventions Classification and the observation of daily work. *JONA: Journal of Nursing Administration*. 2000;30(7/8):339-340.
- 55 LaDuke S. NIC puts nursing into words. *Nursing Management*. 2000;31(2):43-44.

- 16 LaDuke S. Online nursing documentation: Finding a middle ground. *JONA: Journal of Nursing Administration*. 2001;31(6):283-286.
- 17 LaDuke S. The role of staff development in assuring competence. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2001;17(5):221-225.
- 18 Lamont S. Nursing classification language to describe family presence during resuscitation and invasive procedures (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):54.
- 19 Lee E., Lee M. Comparison of nursing interventions performed by medical-surgical nurses in Korea and the United States. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(2):108-117.
- 20 Lu D., Eichmann D., Konicek D., Park H.T., Ucharattana P., Delaney C. Standardized nursing language in SNOMED CT: A cross mapping validation method (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):74-75.
- 21 Lunney M. Accuracy of diagnosing human responses: Mandate for NANDA, NOC, and NIC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):44.
- 22 Lunney M. Staff development: Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *JONA: Journal of Nursing Administration*. 2006;36(3):118-125.
- 23 Lunney M., Delaney C., Duffy M., Moorhead S., Welton J. Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *JONA: Journal of Nursing Administration*. 2005;35(1):1-3.
- 24 Lunney M., Parker L. Effects of using NANDA, NIC, and NOC on health outcomes of school children: A pilot study (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):21.
- 25 Lunney M., Parker L., Fiore L., Cavendish R., Pulcini J. Feasibility of studying the effects of using NANDA, NIC, and NOC on nurses' power and children's outcomes. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2004;22(6):316-325.
- 26 Maas M.L., Buckwalter K.C., Hardy M.D., Tripp-Reimer T., Titler M.G., Specht J.P. Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes and interventions. St. Louis, MO: Mosby, 2001.
- 27 McBride K., White C., Sourial R., Mayo N. Post discharge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;47(2):192-200.
- 28 McCaskey R. Nursing Interventions Classification (NIC): Iowa Interventions Project (book review). *Journal of Nursing Staff Development*. 1993;9(3):163.
- 29 McCloskey J.C. Nurse executive: The NMDS is a trend, not a fad (column). *Journal of Professional Nursing*. 1994;10(6):332.
- 30 McCloskey J.C. Help to make nursing visible (guest editorial). *Image — Journal of Nursing Scholarship*. 1995;27(3):170. 175
- 31 McCloskey J.C. Nurse executive: The discipline hearts of a multidisciplinary team (column). *The Journal of Professional Nursing*. 1995;11(4):202.
- 32 McCloskey J.C., Nursing interventions classification (NIC): Development and use. Schwartz R.P., editor. *Advances in classification research*. Medford, NJ: Information Today, Inc. 1995;6:79-98.
- 33 McCloskey J.C. Standardizing nursing language for computerization. In: Mills M., Romano C., Heller B., editors. *Information management in nursing and health care*. Springhouse, PA: Springhouse; 1996:16-27.
- 34 McCloskey J.C. Nursing Interventions Classification program facilitates data gathering, study of nursing. *Clinical Data Management*. 1997;3(12):1. 4-5
- 35 McCloskey J.C. Nursing Interventions Classification (NIC). In: Fitzpatrick J., editor. *Encyclopedia of nursing research*. New York: Springer Pub; 1998:371-374.
- 36 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Defining and classifying nursing interventions. In: Moritz P., editor. *Patient outcomes research: Examining the effectiveness of nursing practice—Proceedings of the State of the Science Conference*. Washington DC: National Institute of Nursing Research; 1993:63-69. (NIH Pub. No 93-3411)
- 37 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing intervention schemes. In: *Papers from the Nursing Minimum Data Set Conference*. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Nurses Association; 1993:77-91. Canadian Nurses Association
- 38 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Reply to Edward Halloran's letter to the editor. *Image — Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(2):93.
- 39 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Classification of nursing interventions: Implications for nursing diagnoses. In: Carroll-Johnson R.M., Paquette M., editors. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1994:113-125.
- 39a Reprinted as McCloskey J.C., Bulechek G.M. Classification van verpleegkundige interventies: Implicaties voor de verpleegkundige diagnose. In: Bruggink G., Regeer L., editors. *Verpleegkundige diagnostiek in Nederland*. Amsterdam: LEO Verpleegkundig Management; 1994:49-61.
- 40 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Classification of nursing interventions: Implications for nursing research. In: Fitzpatrick J., Stevenson J., Polis N., editors. *Nursing research and its utilization*. New York: Springer Publishing; 1994:65-81.
- 41 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Members of the Iowa Intervention Project Group. Letter to the editor: Toward data standards for clinical nursing information: Reply to Ozbolt, Fruchtnicht, & Hayden. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1994;1(6):469-471.
- 42 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Standardizing the language for nursing treatments: An overview of the issues. *Nursing Outlook*. 1994;42(2):56-63.
- 43 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Nursing interventions classification (NIC): Development and use. Schwartz R., editor. *Advances in classification research*. Medford, NJ: Information Today, Inc 1995;6:79-98.
- 44 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing Interventions Classification (NIC): Development and use. In: Schwartz R.P., Beghtol C., Jacob E.K., Kwasnik B.H., Smith P.J., editors. *Proceedings of the sixth ASIS SIG/CR (American Society for Information Science, Special Interest Group/Classification Research) workshop*. Chicago: ASIS SIG/CR; 1995:111-132.
- 45 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Nursing Interventions Classification-Current status and new directions [on-line]. *On-line Journal of Nursing Informatics*. 1998;2(2). Available from <http://cac.psu.edu/dxm12/OJNI.html>.
- 46 McCloskey J., Bulechek G. Nursing Interventions Classification (NIC): Current status and new directions. In: Rantz M., Lemone P., editors. *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale, CA: CINAHL Information Systems, 1999. (Same paper as in the 1998 On-line Journal of Nursing Informatics)
- 47 McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing Interventions Classification (NIC): Overview and current status. In: Oud N., editor. *Acendio 2002: Proceedings of the special conference of the Association of Common Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Vienna*. Vienna: Verlag Hans Huber, 2002.
- 48 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Cohen M.Z., Craft M.J., Crossley D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions. *Journal of Professional Nursing*. 1990;6(3):151-157.
- 49 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Donahue W. Nursing interventions core to specialty practice. *Nursing Outlook*. 1998;46(2):67-76.
- 50 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Eganhouse D.J. Letter to the editor: Toward enhancing collaboration: Addressing the assumptions made by Toni Vezeau. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 1997;22(2):104.
- 51 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Moorhead S., Daly J. Nurses' use and delegation of indirect care interventions. *Nursing Economics*. 1996;14(1):22-33.
- 52 McCloskey J.C., Bulechek G.M., Tripp-Reimer T. Reply to William K. Cody's letter to the editor. *Nursing Outlook*. 1995;43(2):93-94.
- 53 McCloskey J.C., Maas M. Interdisciplinary team: The nursing perspective is essential. *Nursing Outlook*. 1998;46(4):157-163.
- 54 McKeown E., Barkauskas Quinn A., Kresowaty J. Occupational nursing service in a small manufacturing plant: Interventions and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):125-135.
- 55 McLennon S.M. Evidence-based protocol: Persistent pain management. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center, 2005.
- 56 Minthorn C. Meeting Magnet research criteria with studies of NANDA, NIC and NOC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):46-47.
- 57 Mitchell E.R., Lunney M. You make the diagnosis. Case study: A case management plan for a chemically dependent homeless man. *Nursing Diagnosis*. 2000;11(2):46. 80-83
- 58 Mobily P.C., Herr K.A., Kelley L.S. Cognitive-behavioral techniques to reduce pain: A validation study. *International Journal of Nursing Studies*. 1993;30(6):537-

- 9 Moorhead S., Delaney C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): Process and rules. *Nursing Diagnosis*. 1997;8(4):137-144.
- 0 Moorhead S.A., McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing Interventions Classification (NIC): A comparison with the Omaha System and the Home Health Care Classification. *JONA: Journal of Nursing Administration*. 1993;23(10):23-29.
- 1 Morales J., Azanon R., Rodriguez M.M., Palma J., Rodriguez M. Implementing a standardized nursing language system in the prehospital emergency care setting (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):36-37.
- 2 Morales J., Rodriguez M.M., Terol J., Torres A., Alvarez J.M. Nursing records with standardized nursing language in prehospital emergency care: From utopia to reality (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):37.
- 3 Morales J., Torres A., Munoz F., Leon J., Miralles L. Development of consensus-based clinical guidelines in critical care through standardized nursing language (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):54.
- 4 Moss L. Producer, Donahue W. Associate Producer. Meet NIC: The Nursing Interventions Classification (NIC) (video, 40 min.). New York: National League for Nursing, 1994.
- 5 Mrayyan M. Nurse autonomy, nurse job satisfaction and client satisfaction with nursing care: Their place in nursing data sets. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 2003;16(2):74-82.
- 6 Nolan P. Competencies drive decision-making. *Nursing Management*. 1998;29(3):27-29.
- 7 NNN August 2001 Conference Group. Collaboration in nursing classification — The creation of a common unifying structure for NANDA, NIC, and NOC. In: Dochterman J.M., Jones D., editors. *Unifying nursing languages: The harmonization of NANDA, NIC, and NOC*. Washington, DC: American Nurses Association; 2003:7-33. (J. Dochterman and 23 others)
- 8 O'Connor N.A. Application of standardized nursing language to describe adult nurse practitioner practice. *Nursing Diagnosis*. 2000;11(3):109-120.
- 9 O'Connor N.A., Hameister A.D., Kershaw T. Developing a database to describe the practice patterns of adult nurse practitioner students. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(1):57-63.
- 0 O'Connor N.A., Kershaw T., Hameister A.D. Documenting patterns of nursing interventions using cluster analysis. *Journal of Nursing Measurement*. 2001;9(1):73-90.
- 1 O'Gara J. NIC: An orientation program for long-term care (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):38.
- 2 Park S., Park J., Jung M., Yom Y. Nursing Interventions Classification in Korea. In: *ACENDIO Proceedings of the third European conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Berlin*. Bern, Germany: Verlag Hans Huber; 2001:124-134.
- 3 Park S.A., Park J.H., Jung M.S., Lee H.J., Joo M.K., Park S.H. Development of a system for nursing diagnosis and intervention management (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):38-39.
- 4 Parris K.M., Place P.J., Orellana E., Calder J., Jackson K., Karolys A., Meza M., Middough C., Nguyen V., Shim N.W., Smith D. Integrating nursing diagnoses, interventions, and outcomes in public health nursing practice. *Nursing Diagnosis*. 1999;10(2):49-56.
- 5 Pavelka L., McCarthy A., Denehy J. Nursing interventions used in school nursing practice. *Journal of School Nursing*. 1999;51(1):29-37.
- 6 Payne J. The Nursing Interventions Classification: A language to define nursing. *Oncology Nursing Forum*. 2000;27(1):99-103.
- 7 Pehler S.R., Bodenbender K. Concept maps as a tool for learning standardized languages (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):39.
- 8 Pellino T.A., Willens J.S., Polomano R.C., Heye M.L., American Society of Pain Management Nurses. The American Society of Pain Management nurses role-delineation study. *Orthopaedic Nursing*. 2003;22(4):289-297.
- 9 Petterson M. Competence assessment approach broadens view of nursing skills. *Critical Care Nursing*. 2000;20(3):112. 105-107
- 0 Poulton S. Use of NIC in individualized nursing care plans. *NIC Letter*. 1996;4(2):3.
- 1 Powelson S., Leiby K. Implementation of standardized nursing language at a university (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):60.
- 2 Prophet C. Nursing Interventions Classification (NIC). In: Grobe S.J., Pluyter-Wenting E.S.P., editors. *Nursing informatics: An international overview for nursing in a technological era: Proceedings of the fifth international symposium on nursing informatics (NI-94)*. New York: Elsevier; 1994:692-696.
- 3 Prophet C.M., Dorr G.G., Gibbs T.D., Porcella A.A. Implementation of standardized nursing languages (NIC, NOC) in on-line care planning and documentation. In: *Informatics: The impact of nursing knowledge on health care informatics*. Washington, DC: IOS Press; 1997:395-400.
- 4 Redes S., Lunney M. Validation by school nurses of the Nursing Intervention Classification for computer software. *Computers in Nursing*. 1997;15(6):333-338.
- 5 Rivera J.C., Parris K. Use of NANDA- and NIC-based nursing care plans in public health nursing practice (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):55.
- 6 Rivera J.C., Parris K.M. Use of nursing diagnoses and interventions in public health nursing practice. *Nursing Diagnosis*. 2002;13(1):15-23.
- 7 Robbins B.T. Application of nursing interventions classification (NIC) in a cardiovascular critical care unit. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 1997;28(2):78-82.
- 8 Sandholm M. Teaching strategies for NANDA, NIC, and NOC from a BSN student's perspective (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):80.
- 9 Scherb, C.A. (2001). *Describing nursing effectiveness through standardized nursing languages and computerized clinical data*. Unpublished doctoral dissertation, University of Iowa, Iowa City, Iowa
- 0 Scherb C.A. Standardized nursing language: A necessity for computer information systems. *Clinical Data Management*. 2000;7(1):4-7. 12
- 1 Scherb C. Describing nursing effectiveness through standardized nursing languages and computerized clinical data (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):29.
- 2 Scherb C., Cox-Kolek M. Chemical dependency and standardized nursing language (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):56.
- 3 Scherb C., Lehmkuhl J., Leasman E. The use of standardized nursing language by physical therapy, occupational therapy, and speech pathology in acute care (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):44-45.
- 4 Schifalacqua M., Hook M., Lotegeluaki J. Program, practice, and vision: Standardized nursing language and the computerized patient record (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):30.
- 5 Schneider J. NIC interventions in cardiac home healthcare (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):51-52.
- 6 Schoneman D. The intervention of surveillance across classification systems. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2002;13(4):137-147.
- 7 Sheerin F. NANDA and NIC: Mediators to describe Irish intellectual disability nursing (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):22.
- 8 Shelton, J.M. (1996). *Professional nurse case manager interventions in patient care*. The University of Arizona, Tucson, Arizona Unpublished master's thesis.
- 9 Shever L. Patterns of nursing intervention use across six days for three older patient populations (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):86.
- 0 Sigsby L.M., Campbell D.W. Nursing interventions classification: A content analysis of nursing activities in public schools. *Journal of Community Health Nursing*. 1995;12(4):229-237.
- 1 Smith K., Smith V. Successful interdisciplinary documentation through Nursing Interventions Classification. *Seminars for Nurse Managers*. 2002;10(2):100-104.

- 12 Smith K., Smith V., Krugman M., Oman K. Evaluating the impact of computerized clinical documentation. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2005;23(3):132-138.
- 13 Steelman V.M., Bulechek G.M., McCloskey J.C. Toward a standardized language to describe perioperative nursing. *AORN Journal*. 1994;60(5):786-795.
- 14 Swanson E., Moorhead S., Johnson M., Maas M. Using the model of mapping Nursing Outcomes Classification (NOC) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to map NANDA, NIC, and NOC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):56-57.
- 15 Szabo C., Lockhart T. Interdisciplinary care planning: Building for the future (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):31.
- 16 Thoroddsen A. Applicability of the nursing intervention classification (NIC) after translation to another culture and language. In: *ACENDIO Proceedings of the third European Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Berlin*. Bern, Germany: Verlag Hans Huber; 2001:139-140.
- 17 Thoroddsen A. Applicability of the nursing interventions classification to describe nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005;19(2):128-139.
- 18 Tillman, H. (1997). *Classification schemes for nursing language*. Unpublished doctoral dissertation. Virginia Commonwealth University, Medical College of Virginia, Richmond, Virginia
- 19 Titler M. Research for practice: Using NIC in nursing practice (column). *MedSurg Nursing*. 1994;3(4):300-302.
- 20 Titler M., Bulechek G.M., McCloskey J.C. Use of the nursing interventions classification by critical care nurses. *Critical Care Nurse*. 1996;16(4):38-54.
- 21 Titler M., Dochterman J., Picone D.M., Everett L., Xie X.J., Kanak M., Fei Q. Cost of hospital care for elderly at risk of falling. *Nursing Economics*. 2006;23(6):290-306.
- 22 Titler M., Dochterman J., Xie X.J., Kanak M., Fei Q., Picone D.M., Shever L. Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research*. 2006;55(4):231-242.
- 23 Titler M., McCloskey J.C., editors. On the scene: University of Iowa Hospital and Clinics outcomes management. *Nursing Administration Quarterly*. 1988;24:31-65.
- 24 Titler M., Pettit D., Bulechek G.M., McCloskey J.C., Craft M.J., Cohen M.Z., Crossley J.D., Denehy J.A., Glick O.J., Kruckeberg T.W., Maas M.L., Prophet C.M., Tripp-Reimer T. Classification of nursing interventions for care of the integument. *Nursing Diagnosis*. 1991;2(2):45-56.
- 25 Torre R., Bertazzoni G. Nursing interventions classification (NIC) and nursing outcomes classification (NOC) of University of Iowa: A methods, tools and contents description (Italian). *Professioni Infermieristiche*. 2003;56(3):143-158.
- 26 Tripp-Reimer T., Woodworth G., McCloskey J.C., Bulechek G.M. The dimensional structure of nursing interventions. *Nursing Research*. 1996;45(1):10-17.
- 27 Twohy K.M., Reif L. What do public health nurses really do during prenatal home appointments. *Public Health Nursing*. 1997;14(6):324-331.
- 28 University of Michigan. Standardized nursing language: A visible difference (video). Ann Arbor, MI: Medical Center Information Technology, University of Michigan, 2000.
- 29 Van de Castle B. Comparisons of NANDA/NIC/NOC linkages between nursing experts and nursing students (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2003;14(4):40.
- 30 Van de Castle, B., Calabrese, B., Street, L., & Pierce, S. (2003). Comparison of NANDA/NIC/NOC linkages between nursing students and nursing experts. In H.F. Marin, E.P. Marques, E. Hovenga & W. Goossen (Eds.), *NI 2003 Proceedings 8th International Congress in Nursing Informatics—e-health for all: Designing nursing agenda for the future*. Rio de Janeiro, June 20-25, 2003, E-papers Servicos Editoriais, 157-159
- 31 Von Krogh G., Dale C., Naden D. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(3):275-281.
- 32 Wagner C. Submission of a new intervention to the NIC team (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):57-58.
- 33 Wakefield B., McCloskey J.C., Bulechek G.M. Nursing Interventions Classification: A standardized language for nursing care. *Journal for Healthcare Quality*. 1995;17(4):26-33.
- 34 Walker K.P., Prophet C.M. Nursing documentation in the computer-based patient record: Proceedings of Nursing Informatics 1997. New York: Elsevier, 1997.
- 35 Wallace T., O'Connell S., Frisch S.R. What do nurses do when they take to the streets? An analysis of psychiatric and mental health nursing interventions in the community. *Community Mental Health Journal*. 2005;41(4):481-496.
- 36 Welton R. University of Maryland identifies nurse core competencies using NIC. *The NIC/NOC Letter*. 1996;4(3):4.
- 37 Weis D.M., Schank M.J., Coenen A., Matheus R. Parish nurse practice with client aggregates. *Journal of Community Health Nursing*. 2002;19(2):105-113.
- 38 Winters J. Primary prevention of agricultural injuries: Use of standardized nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 2002;50(6):271-274.
- 39 Wu S.H., Thompson C.B. Evaluation of the nursing intervention classification for use by flight nurses. *Air Medical Journal*. 2001;20(1):33-37.
- 40 Yearous S. School nursing documentation using standardized languages: NANDA, NIC, NOC (abstract). *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2006;17(1):81-82.
- 41 Yom, Y. (1995). *Identification of nursing interventions in Korea*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Iowa, Iowa City, Iowa
- 42 Yom Y. International scholarship. Translation and validation of nursing interventions classification in English and Korean. *Image — the Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(3):261-264.
- 43 Yom Y. Translation and validation of nursing interventions classification (NIC) in English and Korean. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(3):261-264.
- 44 Yom Y., Chi S.A., Yoo H.S. Application of nursing diagnoses, interventions, and outcomes to patients undergoing abdominal surgery in Korea. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2002;13(3):77-87.

Abreviações

- A-aDO₂** Diferença Alvéolo Arterial de O₂
- ABC** vias Aéreas, Respiração, Circulação
- ABG** Gasometria Arterial
- ABO** tipos sanguíneos **A, B, O**
- ACLS** Suporte Avançado de Vida
- ADH** Hormônio AntiDiurético
- ADL** Atividades Diárias
- AIC** Atividades Instrumentais Cotidianas
- AIDS** Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida
- AM** Amplitude de Movimentos
- AST** ASpartato amino Transferase
- AV** AtrioVentricular
- AVC** Acidente Vascular Cerebral
- avDO₂** Diferença de Oxigênio arteriovenoso
- BE** Excesso de Base
- Bicarb** Bicarbonato
- B₃** terceira Bulha cardíaca
- B₄** quarta Bulha cardíaca
- BUN** Ureia Sérica
- C** Centígrado
- Ca** Cálcio
- CAT** Comunicação de Acidente de Trabalho
- CB** Cabeceira da Cama
- cc** centímetro cúbico
- CDC** Centros para Controle e Prevenção de Doenças
- CDI** Cardiodesfibrilador Implantável
- CIR** Conselho Institucional de Revisão
- CK** Creatinina Quinase
- cm** centímetro
- CO₂** Dióxido de Carbono
- CPAP** Pressão Positiva Contínua da via Aérea
- Cr** Creatinina
- CRRT** Terapia de Reposição Renal Contínua
- CSC** Contagem Sanguínea Completa

CVF Capacidade Vital Forçada
DAINS Drogas Anti-Inflamatórias Não Esteroidais
DAV Dispositivos de Acesso Venoso
DC Débito Cardíaco
DCE Data de Confinamento Esperada
DDVAP Acetato de Desmopressina
DNA Ácido Desoxirribonucleico
D₅W Soro Glicosado a 5%
DU Débito Urinário
DVJ Distensão da Veia Jugular
ECG EletroCardioGramma
ECT Terapia EletroConvulsiva
EEG EletroEncefaloGramma
EETN Estimulação Elétrica Transcutânea de Nervos
EMG EletroMioGramma
EMTALA Trabalho de Emergência e Ação de Parto
EPA Agência de Proteção Ambiental
ES Entrada e Saída
ESV Contração Ventricular Prematura (extrassístole ventricular)
FC Frequência Cardíaca
FEV₁ Volume Expiratório Forçado com um segundo
FIV Fertilização *In Vitro*
FIV-TE Fertilização *In Vitro* – Transferência de Embrião
FT Fisioterapeuta
GI GastroIntestinal
GIFT Transferência IntraFalopiana de Gametas
g gramas
H₂ Hidrogênio
Hb Hemoglobina
HBPM Heparina de Baixo Peso Molecular
HCl Ácido Clorídrico
HCO₃ Bicarbonato
Hg Mercúrio
HIPAA Ato de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro em Saúde
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
Ht Hematócrito
IM IntraMuscular
IV IntraVenosa
JC Junta da Comissão (anteriormente (JCAHO, xJCAOAS, Junta da Comissão de Acreditação das Organizações de Assistência em Saúde)

K Potássio

LCR Líquido Cefalorraquidiano

LDH Lactato Desidrogenase

mA miliAmpére

MADD Mothers Against Drunk Driving

MAST Calças Militares AntiChoque

MBC Mulheres, Bebês e Crianças

MEO Movimento ExtraOcular

mEq/h miliEquivalentes por hora

mEq/L miliEquivalentes por Litro

Mg Magnésio

mg miligrama

mg/dL miligramas por decilitro

min minuto

mL mililitro

mL/kg/h mililitro por quilograma por hora

mm³ milímetros cúbicos

mmHg milímetros de Mercúrio

Na Sódio

NaHCO₃ Bicarbonato de Sódio

NG NasoGástrico

NPO Nada Por Via Oral/Jejum

NPT Nutrição Parenteral Total

OB/Gin Obstetrícia/Ginecologia

OMS Organização Mundial de Saúde

oz onça

P Pulso

PAD Pressão Atrial Direita

PAP Pressão da Artéria Pulmonar

PAPC Pressão da Artéria Capilar Pulmonar

PaCO₂ Pressão Arterial Parcial de Dióxido de Carbono

PAM Pressão Arterial Média

PaO₂ Pressão Arterial Parcial de Oxigênio

PCA Analgesia Controlada pelo Paciente

PCO₂ Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PEEP Pressão Positiva Expiratória Final

pH Concentração de íons de Hidrogênio

PIC Pressão IntraCraniana

PICC Cateter Central Inserido Periféricamente

PO Per Os (oralmente)

PO₄ Fosfato

PPC Pressão de Perfunção Cerebral

PRN Pro Re Nata (quantas vezes for necessário)

PS Pressão Sanguínea

PVC Pressão Venosa Central

qid quatro vezes ao dia

QO Quarto Operacional

Q_{sp}/Q_t Shunt do Sangue Venoso

RCP Ressuscitação CardioPulmonar

REM Movimentos Oculares Rápidos

Rh antígeno de Rhesus

RH₀(D) antígeno de Rhesus

RN Enfermeiro Registrado

RVS Resistência Vascular Sistêmica

SADD Students Against Destructive Decisions

SaO₂ Saturação de Oxigênio arterial

SC Seção de Cesariana

SC SubCutâneo

SDRA Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto

SIADH Síndrome do Hormônio AntiDiurético Inadequado

SNC Sistema Nervoso Central

SvO₂ Saturação de Oxigênio venoso

TE Tubo Endotraqueal

TFP Testes de Função Pulmonar

TIFZ Transferência IntraFalopiana de Zigotos

TO Terapia Ocupacional

TP Tempo de Protrombina

TPFE Taxa de Pico de Fluxo Expiratório

TRH Terapia de Reposição Hormonal

TTP Tempo de Protrombina Parcial

TVP Trombose de Veia Profunda

US UltraSom

UTI Unidade de Terapia Intensiva

VAEO via Aérea com Obturador Esofágico

V_d/V_t Relação Entre o Espaço Morto e o Volume Corrente

V/Q scan Cintilografia de Ventilação/Perfunção

VVM Volume Voluntário Máximo

WBC Células de Leucócitos Sanguíneos/Contagem de Leucócitos

Índice

A

Abdome, cuidados cardíacos e, 197

Abordagem dedutiva, na classificação das intervenções de enfermagem, 24

Aborto

cuidados na interrupção da gestação, 424

gestação não planejada, 395

Abreviações, 852–854

Abrigo, apoio ao sustento, 710

Abstinência, 297

Abstinência de álcool, 298

Abuso

álcool/drogas

desenvolvimento do adolescente e, 276

sangramento gastrointestinal e, 659

terapia familiar e, 401

uso de drogas, prevenção e tratamento, 295–296

apoio à proteção, 95–105

abuso religioso, 105

crianças, 97–99

definição e atividades de intervenção, 95–96

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

idosos, 102–104

parceiros no lar, 100–101

Abuso de álcool

desenvolvimento do adolescente e, 276

prevenção do uso de drogas, 295

sangramento gastrointestinal e, 659

tratamento do uso de drogas, 296

Abuso de drogas

desenvolvimento do adolescente e, 276

overdose, 299

uso de drogas

prevenção, 295

tratamento, 296

Ácido acetilsalicílico, precauções contra sangramento, 656

Ácido-básico, 108–116

amostra de sangue arterial para determinação do equilíbrio ácido-básico, 665

controle

acidose metabólica, 109–110

acidose respiratória, 113

alcalose metabólica, 111–112

alcalose respiratória, 114

arritmia e, 163

definição e atividades de intervenção, 106

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

- feto, [628](#)
- monitoramento, [113–114](#)
- taxonomia para, [78](#)
- monitoramento
 - cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- Acidose metabólica
 - controle ácido-básico, [109–110](#)
 - monitoração, [115–116](#)
- Acidose respiratória
 - controle ácido-básico, [113](#)
 - monitoração, [115–116](#)
- Aconselhamento
 - aconselhamento genético, [419](#)
 - aconselhamento na pré-concepção, [604–605](#)
 - aconselhamento nutricional, [552–553](#)
 - aconselhamento para a lactação, [481–482](#)
 - aconselhamento sexual, [686](#)
 - definição e atividades de intervenção, [119](#)
 - desenvolvimento do adolescente e, [276](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - intervenção na crise, [254](#)
 - promoção da integridade familiar e, [397](#)
- Aconselhamento na pré-concepção
 - definição e atividades de intervenção, [604–605](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- Acupressão
 - definição e atividades de intervenção, [120](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- Adaptação, terapia de recordações e, [635](#)
- ADLs. *See* [Atividades essenciais da Vida Diária \(ADL\)](#)
- Administração de medicamentos nasal, [513](#)
- Administração de medicamentos: retal, [518](#)
- Administração de medicamentos: subcutânea, [519](#)
- Administração de medicamentos: vaginal, [521](#)
- Administração de nutrição parental total (NPT)
 - definição e atividades de intervenção, [548](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- Administração de volume intravascular, controle do choque, [213](#)
- Administração enteral, de medicação, [506](#)
- Administração IM (intramuscular), de medicações, [511](#)
- Administração interna, atividades da vida diária, [172](#)
- Administração intradérmica, de medicação, [509](#)
- Administração intraespinal
 - de analgésicos, [151](#)
 - de medicações, geral, [510](#)
- Administração intramuscular (IM), de medicações, [511](#)
- Administração intraóssea, de medicações, [512](#)

Administração intratecal, de medicações, 510

Administração nutrição parental total (NPT)

definição e atividades de intervenção, 548

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Administração oral, de medicações, 515

Admissão

definição e atividades de intervenção, 121

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Adolescentes

déficit auditivo e, 563

desenvolvimento do adolescente, 276

enfermagem na psiquiatria para crianças e adolescentes, 783

orientação aos pais e, 565

Advogados, testemunho, 273

Agentes mostarda, preparação contra o bioterrorismo para, 536

Agentes mucocinéticos, na fisioterapia respiratória, 648

Agentes nervosos, preparação contra o bioterrorismo para, 536

Agentes psicotrópicos, 248

Agentes químicos, preparação contra o bioterrorismo com, 536

Agentes reológicos, 208

Água, alimentação por sonda enteral, 124–125

Alcalose metabólica

controle ácido-básico, 111–112

monitoração, 115–116

Alcalose respiratória

no controle ácido-básico, 114

monitoração, 115–116

Alergia

a analgésicos, 150

administração de medicamentos e enteral, 506

inalação, 507

intradérmica, 509

intraespinal, 510

intramuscular, 511

intraóssea, 512

intravenosa, 505

nasal, 513

ocular, 514

oral, 515

otológica, 516

reservatório ventricular, 517

retal, 518

subcutânea, 519

tópica, 520

vaginal, 521

ao látex, 486

contenção química, 248

controle da anafilaxia, 148

controle da nutrição e, 549

- controle da sedação e, [679](#)
- cuidados pós-anestesia e, [154](#)
- sutura e, [711](#)
- tratamento, [122](#)

Alerta médico

- braceletes, desfibrilador interno e, [281](#)
- etiquetas, cuidados de emergência e, [325](#)

Aliança NNN, [7–8](#)

Alimentação

- definição e atividades de intervenção, [126](#)
- assistência em autocuidado, [171](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- nutrição infantil
 - 13–18 meses, [353](#)
 - 19–24 meses, [354](#)
 - 25–36 meses, [355](#)
- nutrição do bebê
 - 0–3 meses, [349](#)
 - 4–6 meses, [350](#)
 - 7–9 meses, [351](#)
 - 10–12 meses, [352](#)

Alimentação por sonda enteral

- definição e atividades de intervenção, [124–125](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Alimentação. *See also* [Dieta](#); *See also* [Alimentos](#)

- assistência em autocuidado, [171](#)
- conduta nos transtornos alimentares
 - definição e atividades de intervenção, [127–128](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Alimentos. *See also* [Dieta](#); *See also* [Nutrição](#)

- alergias
 - controle da anafilaxia, [148](#)
 - controle de, [122](#)
- alimentação por mamadeira, [123](#)
- apoio ao sustento, [710](#)
- armazenamento para controle de doenças transmissíveis, [290](#)
- conduta nos transtornos alimentares, [127–128](#)
- controle da constipação/impacção, [242](#)
- controle da diarreia, [242](#)
- controle da náusea, [539](#)
- controle de eletrólitos, [302](#)
- cuidado infantil, [188](#)
- nutrição
 - aconselhamento, [552–553](#)
 - monitoramento, [551](#)
 - terapia, [552–553](#)
 - tratamento, [549](#)

Alternative Link, Inc., [5–6](#), [40–41](#)

Altura, cuidado infantil, [188](#)

Amamentação

- aconselhamento para lactação, [481–482](#)
- auxílio
 - definição e atividades de intervenção, [132](#)

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- avaliação dos riscos para câncer de mama e, 497
- cuidado no desenvolvimento de crianças prematuras, 275
- ensinando o preparo do parto, 538
- supressão da lactação, 483

Ambiente

- brinquedo terapêutico para ajudar crianças a obter domínio do, 192
- controle de alucinações e, 130
- precauções contra hemorragia subaracnoidea, 417
- prevenção de quedas e, 620–621
- promoção da capacidade de resiliência para relação com o estresse do ambiente, 647
- redução do estresse, 607

Ambiente de trabalho, supervisão de equipe e, 417

Ambiente do tratamento, precauções contra fuga, 413

Ambiente domiciliar

- controle, 138, 140
- IADL (atividades essenciais da vida diária), 172–173
- manutenção do processo familiar e, 392
- preparo para o cuidado, 140
- reconciliação de medicamentos e, 525

Ambiente físico, segurança e, 141. *See also* [Riscos, ambientais](#)

Ameaça à vida

- cuidados de emergência, 325
- reanimação
 - feto, 628
 - geral, 627
 - neonato, 629–630

American Nurses Association (ANA)

- apoio à tomada de decisão, 66
- NIC reconhecida pela, 5

American Organization of Nurse Executives (AONE), 8

Amigos, facilitação da visita, 761–762

Amnésia, eletroconvulsoterrapia e, 301

Amnioinfusão

- definição e atividades de intervenção, 144
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Amostra de sangue

- arterial, 665
- capilar, 663
- de vaso cateterizado, 664
- venoso, 666

Amostra de sangue capilar

- definição e atividades de intervenção, 663
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Amostra de sangue venoso, punção de vaso, 666

ANA (American Nurses Association)

- modelo de tomada de decisão, 66
- NIC reconhecida pela, 5

Analgesia controlada pelo paciente (PCA)

- definição e atividades de intervenção, 149

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Analgésicos

administração de

cuidados com a circuncisão, [221](#)

definição e atividades de intervenção, [150](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

intraespinal, [151](#)

analgesia controlada pelo paciente (PCA), [149](#)

controle da dor, [291–292](#)

Anatomia humana, ensino: sexualidade, [367](#)

Andador, prevenção de quedas e, [620–621](#)

Anestesia geral, cuidado pós-anestesia, [154](#)

Anestésias regionais, [154](#)

Anestésicos

administração de

definição e atividades de intervenção, [152–153](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidado pós-anestesia, [154](#)

enfermagem na anestesia como intervenção central, [780](#)

nascimento e, [536–537](#)

suturas e, [711](#)

Aneurismas, precauções contra hemorragia subaracnoidea, [435](#)

Animais, controle de doenças transmissíveis e, [290](#)

Ansiedade

cuidado pós-morte e, [532](#)

precauções contra fugas e, [413](#)

redução da, [156](#)

controle do delírio, [267](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

no treinamento do uso do vaso sanitário, [474](#)

técnica para acalmar, [106](#)

terapia de relaxamento para, [640](#)

Antibióticos na infecção dos ouvidos, [563](#)

Anticoagulantes

circulação arterial e, [219](#)

equipamento de suporte circulatório mecânico e, [218](#)

insuficiência venosa e, [219](#)

precauções contra sangramento, [656](#)

promoção da perfusão cerebral e, [208](#)

Antiplaquetários

circulação arterial e, [219](#)

insuficiência venosa e, [219](#)

Antitrombolíticos, equipamentos de suporte circulatório mecânico, [218](#)

Antraz, preparação contra o bioterrorismo para, [536](#)

AONE (American Organization of Nurse Executives), [8](#)

Aparelho gessado: úmido, [421](#)

Aplicação de calor/frio

definição e atividades de intervenção, [194–195](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Aplicação de frio/calor, [194–195](#)

Apoio ao sustento

definição e atividades de intervenção, [710](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Apoio emocional

definição e atividades de intervenção, [328](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

grupo de apoio, [425](#)

tratamento para trauma de rapto/estupro, [374](#)

Apoio espiritual

apoio familiar e, [390](#)

cuidado no momento da morte e, [532](#)

cuidados cardíacos e, [197](#)

definição e atividades de intervenção, [371](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

facilitação do processo de perdão, [586](#)

melhora do enfrentamento e, [334](#)

promoção de esperança, [370](#)

Apoio familiar

definição e atividades de intervenção, [390–391](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Apoio físico

definição e atividades de intervenção, [526](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Aprendizagem. *See also* [Educação](#)

ambiente propício para o ensinamento em grupo, [343](#)

desenvolvimento de equipe, [679](#)

educação para saúde e, [671–672](#)

facilitação

definição e atividades de intervenção, [160–161](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

preceptor para assistência da aprendizagem dos estudantes, [602](#)

melhora da disposição

definição e atividades de intervenção, [158–159](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

melhora do conhecimento sobre saúde, [673](#)

necessidade do paciente para, [346](#)

Aquecimento, tratamento da hipotermia, [450](#)

Aquisição de unidades de sangue, punção de vaso, [667](#)

Áreas de especialidade, intervenções NIC, [10](#)

Aromaterapia

definição e atividades de intervenção, [162](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Arranhões, sob aparelho gessado, [420](#)

Arrumar-se. *See also* [Higiene](#)

assistência ao autocuidado

definição e atividades de intervenção, [177](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidado com as unhas

definição e atividades de intervenção, [732](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidado com os cabelos

- definição e atividades de intervenção, [193](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- cuidados com os pés
 - definição e atividades de intervenção, [588](#)
 - ensino de prevenção, [337–338](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Artérias

- amostra de sangue arterial, [665](#)
- insuficiência arterial, nos cuidados circulatórios, [219](#)

Arteterapia

- definição e atividades de intervenção, [164](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- para melhora da imagem corporal, [457–458](#)

Articulações

- exercícios: alongamento e, [377](#)
- mobilidade
 - definição e atividades de intervenção, [385](#)
 - posicionamento intraoperatório e, [601](#)

Aspiração, amostra de sangue, [664](#)

Aspiração de vias aéreas, [330](#), [754](#)

Assistência em autocuidado

- alimentação, [171](#)
- banho/higiene, [174](#)
- definição e atividades de intervenção, [170](#)
- na amputação, [147](#)
- vestir-se/arrumar-se, [177](#)

Assistência em exames

- definição e atividades de intervenção, [375](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Assistência para automodificação

- definição e atividades de intervenção, [180–181](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Assistência para manutenção do lar

- definição e atividades de intervenção, [484](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Assistência pré-operatória

- definição e atividades de intervenção, [608](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Assistência quanto a recursos financeiros

- definição e atividades de intervenção, [637](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Atitudes, marketing social e, [689](#)

Atividade física. *See* [Exercícios](#)

Atividades

- alteradas quando usadas com o paciente, [10–11](#)
- controle, [332](#)
- ensino: atividades /exercício prescritos, [336](#)
- terapia ocupacional
 - definição e atividades de intervenção, [553](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Atividades da vida diária. *See* [Atividades da Vida Diária \(ADLs\)](#)

d'Arezzo, Guido, [20](#)

Atividades essenciais da vida diária (ADL), [172–173](#). *See also* [Atividades da vida diária \(ADLs\)](#)

Atividades essenciais da Vida Diária (ADLs)

alimentação, [171](#)

assistência em autocuidado, [170](#), [172–173](#)

assistência quanto recursos financeiros, [637](#)

banho/higiene, [174](#)

uso do vaso sanitário, [176](#)

vestir-se/arrumar-se, [177](#)

Atividades, intervenção. *See also* [Intervenções](#)

crítica, [8](#)

estrutura da intervenção, [3–4](#)

lista inicial de, [25–26](#)

modificações, [10–11](#)

normas para codificação para, [73](#)

princípios que governam, [829–830](#)

refinamento da lista de, [27–28](#)

taxonomia para, [76](#)

Atletas, prevenção de lesões do esporte, [492–493](#)

Audição

assistência para audição, [237](#)

testes de audição, [563](#)

Autoagressão

controle da decepção, [266](#)

controle do comportamento, [229–230](#)

Autoconceito. *See* [Fortalecimento da autoestima](#)

Automonitoramento, triagem de saúde, [669](#)

Automutilação, controle do comportamento e, [229–230](#)

Autorização do seguro/convênio

definição e atividades de intervenção, [683](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Autotransfusão

definição e atividades de intervenção, [185](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Avaliação

aconselhamento como ferramenta de avaliação, [119](#)

cuidados na admissão, [121](#)

documentação da, [289](#)

Avaliação de desempenho

definição e atividades de intervenção, [186](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Avaliação de produto

definição e atividades de intervenção, [614](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Avaliação, leituras úteis na implementação de NIC, [50](#)

Bandagem de pressão, para controle de hemorragia, 434

Banho

assistência em autocuidado, 174

com aromaterapia, 162

controle da demência e, 271

cuidados circulatórios e, 217

definição e atividades de intervenção, 187

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

precauções cardíacas e, 196

Barbear, precauções contra sangramento, 656

Base de dados, prática da enfermagem

usando linguagem padronizada para, 62–66

vantagens da linguagem padronizada para, 68–69

Bebês pré-termos

cuidado neonatal do método canguru

definição e atividades de intervenção, 542–543

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

cuidados com o desenvolvimento, 274–275

Bebês. *See* [Infantes](#)

Bengala, para prevenção de quedas, 620–621

Bexiga urinária

cuidados na retenção urinária, 736

limitação do sangramento do útero pós-parto, 661

retenção da, 287

sondagem vesical, 751–752

treinamento do hábito urinário, 750

treinamento do hábito urinário, 737

Bibliografia, de publicações selecionadas, 841–851

Biblioterapia

definição e atividades de intervenção, 189

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Bilirrubina, fototerapia para redução dos níveis de bilirrubina em recém-nascidos, 411

Biofeedback

definição e atividades de intervenção, 190

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Bloqueadores do canal de cálcio, para promoção da perfusão cerebral, 208

Boca

administração de medicamentos oral, 515

manutenção da saúde oral, 555

promoção da saúde oral, 556

Bolsa retal, cuidados na incontinência intestinal, 473

Botulismo, preparo para o bioterrorismo para, 536

Brinquedo terapêutico

definição e atividades de intervenção, 192

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Broncodilatadores

controle da asma e, 165

- Cabeça, enfermagem otorrinolaringológica e de cabeça/pescoço, 790
- Cabelos
banho e, 187
quimioterapia e, 622–623
- Cadeia de evidências, coleta de dados forenses, 409–410
- Cadeira de rodas
posicionamento do pacientes em, 599
prevenção de quedas e, 620
- Cálcio
hipercalcemia, 303–304
hipocalcemia, 311–312
- Calorias, conduta nos transtornos alimentares, 127–128
- Caminhada/ciclos de sono, 696–697
- Caminhar, exercícios ambulatorial, 378
- Câncer de mama, avaliação dos riscos para, 497
- Câncer, avaliação dos riscos para mamas, 497
- Canetas de epinefrina, no controle da anafilaxia, 148
- Capacidade psicomotora, 345
- Capacidades
desenvolvimento de equipe e, 679
ensino de capacidades psicomotoras para o paciente, 345
- Captação de órgãos
definição e atividades de intervenção, 558
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- Carboidratos, conduta na hipoglicemia e, 448
- Cardioversão
cuidados cardíacos e, 197
cuidados de emergência e, 222
- Cateter central de inserção periférica (PICC)
definição e atividades de intervenção, 203–204
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- Cateter interpleural, para liberação de medicações, 508
- Cateter PICC (central de inserção periférica)
definição e atividades de intervenção, 203–204
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- Cateter umbilical, cuidado com o catéter, 205
- Cateteres
central de inserção periférica (PICC), 203–204
diálise peritoneal com, 283
dispositivo de acesso venoso (DAV), 107
hipercalcemia e, 305
interpleural, para redução da dor, 508
manutenção de acesso para diálise, 282
para tomada de amostra de sangue de vaso cateterizado, 664
redução do sangramento, 282
reservatório ventricular, 517

umbilical, 205
urinário, 751–752

Cavidade medular, administração intraóssea, 512

Cavidade nasal, redução de sangramento nasal, 660

Cavidade torácica, cuidados com drenos, 293

Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC)

convocação de revisores especialistas, 838

visão geral do, 17

recursos do, 5

formação da Aliança NNN, 7–8

Centros de emergência, 725

Cerebral

controle do edema cerebral, 206–207

medicação liberada via cateter no reservatório ventricular, 517

promoção da perfusão cerebral, 208–209

Choque

controle do desfibrilador, 279

controle

cardíaco, 212

definição e atividades de intervenção, 210–213

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

hipovolêmico, 213

vasogênico, 214

prevenção

definição e atividades de intervenção, 213

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

tratamento da anafilaxia, 148

Choque hipovolêmico, sangramento gastrointestinal e, 659

Cianeto, preparação contra o bioterrorismo para, 536

Cicatriz de mastectomia, exame durante o exame das mamas, 497

Ciclo menstrual, controle PMS, 688

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), 5

Circulação

cuidados com aparelho gessado e, 420

equipamento de suporte circulatório mecânico, 218

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

insuficiência arterial, 219

insuficiência venosa, 220

massagem para melhora da, 502

periférica

cuidados cardíacos, 197

cuidados na embolia, 322

precauções contra embolia, 324

precauções

definição e atividades de intervenção, 217

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

pulmonar, 323

triagem: centro de emergência e, 725

Circulação periférica

cuidados cardíacos e, 197

cuidados na embolia, 322

precauções contra embolia, 324

Cirurgia

amputação, 146–147

assistência pré-operatória, 608

assistência

definição e atividades de intervenção, 222

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

controle de infecção na sala de cirurgia, 470

enfermagem médico-cirúrgica, 779

Ensino: pré-operatório, 356

melhora da imagem corporal e, 457–458

posicionamento: intraoperatório, 598

precauções contra hipertermia maligna, 442

precauções para hemorragia subaracnoidea, 435

precauções

definição e atividades de intervenção, 223

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

preparação

definição e atividades de intervenção, 224–225

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Classes, taxonomia

acesso de intervenção NIC por, 10, 12

construção de, 28–32

domínio da comunidade, 90–91

domínio da segurança, 84–85

domínio do comportamento, 82–83

domínio do sistema de saúde, 88–89

domínio familiar, 86–87

domínio fisiológico, 76–81

visão geral do, 72–75

vs.domínios, 4

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), 3–17. *See also* [Intervenções](#)

Aliança NNN, 7–8

Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC), 17

descrição da, 3–6

desenvolvimento de

construção da classificação, 24–28

construção da taxonomia, 28–32

início do, 19–23

testes clínicos e refinamento, 32–36

uso e manutenção, 36–41

estrutura do planejamento do cuidado, 15

implementação da, 14–15

leituras úteis para, 51

linha do tempo e destaque, 833–837

lista de intervenção central, 767

métodos de pesquisa, 5

Nursing Diagnosis Extension Classification (NDEC), 7

Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS), 8

Nursing Outcomes Classification (NOC), 6–7

outras classificações vs., 15

questões frequentes sobre, 8–17

reconhecimento nacional de, 5–6

recursos, 5–6

referências, 18

uso de, 44–70

na agência de prática clínica, 47–58

vantagens da linguagem padronizada, 68–69

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

modelo de linguagem padronizada, 60–66

na educação, 59–60

no modelo OPT de raciocínio clínico, 66–68

seleção da intervenção, 44–47

Classificação NIC

fase de desenvolvimento, 24–28

histórico da, 20

ligação com outros sistemas de classificação, 38

outros cuidados de saúde vs. NIC, 23

razões para, 20–23

Cliente no contexto da história, modelo OPT de, 67–68

CNC. *See* [Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness \(CNC\)](#)

Coagulação

monitoramento

como precauções contra sangramento, 656

na redução do sangramento, 657

sangramento gastrointestinal e, 659

Coceira, controle do prurido, 618

Colaboração

estabelecimento de metas mútuas, 529–530

suporte médico para controle de qualidade, 526

Coleta de dados forenses

definição e atividades de intervenção, 409–410

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Colírios, 554

Colite ulcerativa, lavagem intestinal para, 475

Colo do útero, controle do pessário para colo do útero incompetente, 595

Coluna espinal

administração de medicamentos: intraespinal, 510

posicionamento: neurológico para condições espinais/vertebrais, 600

Competência

enfermeiros realizando intervenções, 45

desenvolvimento da equipe e, 679

Comportamento

contrato com o paciente para reforçar a modificação do comportamento, 249–250

controle da síndrome pré-menstrual (SPM), 688

controle

autolesão, 229–230

controle da raiva, 626

exclusão, 626

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

hiperatividade/desatenção, 231–232

musicoterapia para, 535

sexual, 233

taxonomia, 74, 82–83

educação para saúde e, 671–672

estabelecimento de limites, 495

facilitação da autorresponsabilidade, 183

fortalecimento da autocompetência, 169

fortalecimento da autopercepção, 182

fototerapia: regulação do humor/sono, 412

hipnose e, 446–447

marketing social e, 689

melhora do papel, 569

modificação

construção de relação complexa para, 639

definição e atividades de intervenção, 234–235

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

experiência social, 236

treinamento para controle de impulsos, 462

precauções contra incêndio, 465

Comportamento disfuncional, 453–455

Comportamento passivo-agressivo, 228

Comportamento social

terapia socioambiental, 691

treinamento para controle de impulsos, 462

Comportamentos em saúde, fortalecimento da autocompetência, 169

Compras, atividades da vida diária, 172

Compressas, com aromaterapia, 162

Comunicação

apoio familiar e, 390

controle da energia, 332

dizer a verdade e, 748

ensino: sexual e, 367

IADL (atividades essenciais da vida diária), 172

melhora do conhecimento sobre saúde, 673

na tomada à decisão em saúde, 262

no controle do delírio, 267–268

promoção da integridade familiar e, 397

promoção do exercício e, 376

terapia de validação para idosos com demência, 738

terapia familiar e, 401

toque como não verbal, 715

Comunidade

controlado ambiente, 139

desenvolvimento de atividades de intervenção, 37–38

desenvolvimento de programa de saúde, 615

desenvolvimento de saúde

definição e atividades de intervenção, 670

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

domínio, 90–91

educação para saúde, 671–672

IADL (atividades essenciais da vida diária) e, 172–173

melhora do sistema de apoio, 157

preparo para catástrofes

definição e atividades de intervenção, 240

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

promoção da capacidade de resiliência para relação com o estresse do ambiente, 647

promoção da segurança em veículos, 681–682

vigilância, 704

Conceituação, na classificação das intervenções de enfermagem, 24

Concepção

aconselhamento na pré-concepção, 604–605

educação, 394

preservação da fertilidade, 403

Condições culturais, comunidade e, 139

Condições políticas, comunidade e, 139

Condições sociais

comunidade e, 139

promoção da capacidade de resiliência para relação com o estresse do ambiente, 647

Conduta na hiperglicemia

definição e atividades de intervenção, 441

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Conduta no prolapso retal

definição e atividades de intervenção, 652

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Confiança

dizer a verdade e, 748, 801–813

mobilização familiar, 393

promoção da integridade familiar e, 397

Confiança na saúde, marketing social e, 689

Confidência, fortalecimento na autocompetência, 169

Confidencialidade, na construção de relações complexa, 639

Conflitos, apoio familiar e, 390

Conforto

aromaterapia e, 162

conforto físico

controle PMS e, 688

cuidados na interrupção da gestação e, 424

taxonomia para, 77

conforto na cadeira de rodas e, 599

conforto psicológico

cuidado na interrupção da gestação, 424

posição do corpo e, 597

presença de outro e, 610

taxonomia para, 82

controle da dor, 291–292

controle do ambiente, 138

facilitação do crescimento espiritual, 372

repouso no leito e, 644

toque e, 715

Conforto físico. *See also* Conforto

controle da síndrome pré-menstrual e, 688

cuidados na interrupção da gestação, 424

presença de outro e, 610

taxonomia para, 77

Conforto psicológico. *See also* Conforto

cuidados na interrupção da gestação, 424

posicionamento do paciente para promoção de, 597

presença e, 610

taxonomia para, 82

Conforto, controle do ambiente, [135](#)

Confusão, edema cerebral e, [206–207](#)

Conjunto de dados
desenvolvimento de controle padronizado, [8](#)
necessário para cuidados em enfermagem, [23](#)

Consciência ambiental, orientação, [560–561](#)

Consciência corporal, terapia com exercício e, [380](#)

Consciência periférica, hipnose e, [446–447](#)

Consciência temporal, orientação a realidade, [560–561](#)

Consentimento, contratos do paciente que reforçam alteração comportamental, [249–250](#)

Consentimento esclarecido, administração de anestesia, [152–153](#)

Constipação
controle intestinal em crianças, [474](#)
cuidados no repouso no leito e, [644](#)
definição e atividades de intervenção para, [242](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
medicações de fosfatos e, [310](#)
precauções contra sangramento, [656](#)

Construção de relação complexa
definição e atividades de intervenção, [639](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Consulta
definição e atividades de intervenção, [243](#)
consulta telefônico, [244–245](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Contato pele a pele, no cuidado neonatal no método canguru, [542–543](#)

Contato tátil, [715](#). *See also* [Toque](#)

Contenção de custos
definição e atividades de intervenção, [260](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
para desenvolvimento de acompanhamento crítico, [244](#)

Contenção física
definição e atividades de intervenção, [246–247](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
para controle do delírio, [267](#)

Contenção química
definição e atividades de intervenção, [248](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Contenção, drogas químicas, [248](#)

Contenção, física, [246–247](#)

Continência. *See* [Incontinência](#)

Contracepção
desenvolvimento do adolescente e, [276](#)
durante amamentação, [132–133](#)
gestação não planejada e, [395](#)
planejamento familiar e, [394](#)

Contrações uterinas
amnioinfusão durante, [144](#)

monitoramento eletrônico da fetal
cuidados pré-parto, [406–407](#)
cuidados durante o parto, [404–405](#), [570–571](#)
supressão do trabalho de parto, [576–577](#)

Contrato, paciente, [249–250](#)

Controle da anafilaxia

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
visão geral do, [148](#)

Controle da arritmia

cuidados cardíacos e, [197](#)
definição e atividades de intervenção, [163](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da asma

definição e atividades de intervenção, [165–166](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da demência

banho, [271–272](#)
definição e atividades de intervenção, [269–270](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
terapia de validação, [738](#)

Controle da disreflexia

definição e atividades de intervenção, [287](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da dor, como intervenção essencial, [772](#)

Controle da energia

definição e atividades de intervenção, [332–333](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da hipervolemia

definição e atividades de intervenção, [444–445](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da hipovolemia

definição e atividades de intervenção, [451–452](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da negligência unilateral

definição e atividades de intervenção, [541](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da quimioterapia

definição e atividades de intervenção, [622–623](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da sedação

definição e atividades de intervenção, [679](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da sensibilidade de periférica

definição e atividades de intervenção, [684](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da síndrome pré-menstrual (SPM)

definição e atividades de intervenção, [688](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da tecnologia

definição e atividades de intervenção, [712](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle da TPM (síndrome pré-menstrual), [688](#)

Controle da ventilação mecânica

definição e atividades de intervenção, [741–744](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

invasiva, [741–742](#)

não invasiva, [743–744](#)

Controle das alucinações

controle do delírio, [267](#)

definição e atividades de intervenção, [130–131](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle das vias aéreas

artificial

inserção e estabilização, [758](#), [801–813](#)

visão geral do, [756–757](#)

controle da asma, [165–166](#)

cuidados pós-anestesia, [152](#)

definição e atividades de intervenção, [755](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

extubação endotraqueal, [330](#)

fisioterapia respiratória para remover secreções, [648](#)

monitoramento respiratório, [649](#)

oxigenoterapia, [564](#)

precaução contra aspiração, [167](#)

recém-nascidos, [631](#)

sucção, [754](#)

taxonomia para, [80](#)

Controle de custos, [172](#). *See also* [Recursos financeiros](#)

Controle de doenças transmissíveis

controle de infecção e, [468](#)

controle

definição e atividades de intervenção, [290](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

imunização/vacinação para, [463–464](#)

preparo contra o bioterrorismo e, [290](#)

Controle de infecção e enfermeiros epidemiologistas, como intervenção essencial, [787](#)

Controle de natalidade

evitar controle de natalidade com pílulas durante a amamentação, [132–133](#)

sexo seguro e, [366](#)

Controle de qualidade, [801–813](#)

Controle do pessário

definição e atividades de intervenção, [595](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle de vias aéreas artificiais

definição e atividades de intervenção, [756–757](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

inserção e estabilização de, [758](#)

Controle do ambiente

comunidade, [139](#)

conforto, [138](#)

definição e atividades de intervenção, [135–136](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

- preparação do lar, [140](#)
- prevenção de violência, [142](#)
- processo de inserção, [137](#)
- segurança do trabalhador, [143](#)
- segurança, [141](#)
- tratamento para exposição ao calor, [194](#)

Controle do delírio

- definição e atividades de intervenção, [267–268](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle do desfibrilador

- carrinho de emergência e, [327](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- externo, [279](#)
- interno, [280–281](#)

Controle do edema cerebral

- definição e atividades de intervenção, [206–207](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle do espécime

- definição e atividades de intervenção, [145](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- para testes laboratoriais à beira do leito, [480](#)

Controle do humor

- definição e atividades de intervenção, [453–455](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- fototerapia: regulação do sono/humor, [412](#)

Controle do marcapasso

- cuidados cardíacos e, [197](#)
- definição e atividades de intervenção, [498–501](#)
- definitivo, [498–499](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- temporário, [500–501](#)

Controle do prurido

- definição e atividades de intervenção, [618](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle eletroconvulsoterapia

- definição e atividades de intervenção, [300–301](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Controle na hipoglicemia

- definição e atividades de intervenção, [448](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Convulsões

controle

- definição e atividades de intervenção, [252](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

precauções

- definição e atividades de intervenção, [253](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Coração. *See also* [Cuidados cardíacos](#)

controle do marcapasso

- definitivo, [498–499](#)
- temporário, [500–501](#)
- cuidados cardíacos, [197](#)

monitoramento dos sinais vitais, [687](#)

regulação hemodinâmica, [432](#)

Cordão umbilical, nascimento e, [536–537](#)

Córnea, monitoramento do reflexo da córnea, [554](#)

Corpo

anatomia humana, [367](#)

cuidado pós-morte do, [533](#)

locomoção para manutenção/restauração das funções corporais, [378](#)

Corticosteroides, promoção da perfusão cerebral e, [208](#)

Cozinhar, IADL (atividades essenciais da vida diária), [172](#)

Criança. *See also* [Infantil](#)

brinquedo terapêutico, [192](#)

controle de imunização/vacinação, [463](#)

cuidados na incontinência urinária, [735](#)

enfermeiros na psiquiatria de crianças e adolescentes, [783](#)

facilitação do processo de pesar, [589](#)

incontinência intestinal, promoção da, [474](#)

mamadeira, [123](#)

melhora da imagem corporal, [457–458](#)

melhora no desenvolvimento, [277–278](#)

orientação aos pais/responsáveis

adolescentes, [565](#)

família que espera um filho, [568](#)

prevenção de lesões do esporte, [492–493](#)

promoção da normalidade, para doença ou incapacitação, [547](#)

promoção da paternidade/maternidade, [578–579](#)

proteção contra abuso, [97–99](#)

proteção dos direitos do paciente, [286](#)

técnica para acalmar, [106](#)

tratamento do trauma, [723](#)

treinamento do uso do vaso sanitário, [368](#)

Criança em idade escolar, orientação aos pais/responsáveis e, [568](#)

Criança pré-escolar, orientação aos pais/responsáveis e, [568](#)

Crianças de 1 a 3 anos

nutrição

13–18 meses, [353](#)

19–24 meses, [354](#)

25–36 meses, [355](#)

orientação aos pais/responsáveis e, [568](#)

segurança

13–18 meses, [363](#)

19–24 meses, [364](#)

25–36 meses, [365](#)

Crise, taxonomia para, [84](#)

CSF (líquido cerebrospinal)

derivação ventricular externa (DVE), [294](#)

pressão intracraniana (ICP) e, [612](#)

Cuidado com a tração/imobilização

definição e atividades de intervenção, [719](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidado com as unhas

definição e atividades de intervenção, 732

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidado com o repouso no leito

definição e atividades de intervenção, 256

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidado com os pés. *See also* Pés

definição e atividades de intervenção, 588

ensino de prevenção, 337–338

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidado da audição

definição e atividades de intervenção, 563

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidado de curto prazo, 256

Cuidado físico, criança, 566–567

Cuidado intraoperatório

controle de infecção, 470

posicionamento, 598

regulação da temperatura, 714

Cuidado na amputação

definição e atividades de intervenção, 146–147

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidado na gestação de alto risco

definição e atividades de intervenção, 422–423

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidado neonatal no método canguru

definição e atividades de intervenção, 542–543

tempo e necessidade educacional para, 801–813

Cuidado no nascimento do filho

assistência na amamentação, 132–133

audição, 563

cuidados com o desenvolvimento de crianças prematuras, 274–275

mamadeira, 123

melhora do desenvolvimento

adolescente, 276

criança, 277–278

promoção da interação, 149–150

taxonomia para, 87

técnica para acalmar, 106

Cuidado ocular

definição e atividades de intervenção, 554

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidado perineal

cuidados na incontinência urinária, 735

definição e atividades de intervenção, 587

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Cuidadores

apoio

definição e atividades de intervenção, 255

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

cuidado durante o repouso, 256

encaminhamento e, 329

ensino: estimulação do bebê

0–4 meses, [340](#)

5–8 meses, [341](#)

9–12 meses, [342](#)

ensino: nutrição do bebê

0–3 meses, [349](#)

4–6 meses, [350](#)

7–9 meses, [351](#)

10–12 Meses, [352](#)

ensino: nutrição infantil de

13–18 meses, [353](#)

19–24 meses, [354](#)

25–36 meses, [355](#)

ensino: segurança do bebê

0–3 meses, [359](#)

4–6 meses, [360](#)

7–9 meses, [361](#)

10–12 meses, [362](#)

ensino: segurança infantil de

13–18 meses, [363](#)

19–24 meses, [364](#)

25–36 meses, [365](#)

Cuidados ao longo da vida, taxonomia para, [87](#)

Cuidados cardíacos

controle da arritmia, [163](#)

controle do choque, [212](#)

controle do desfibrilador

externo, [279](#)

interno, [280–281](#)

controle do marcapasso

permanente, [498–499](#)

temporário, [498–501](#)

cuidados de emergência, [222](#)

definição e atividades de intervenção, [197](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

fase aguda, [198–199](#)

precauções

definição e atividades de intervenção, [196](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

reabilitação, [200](#)

regulação hemodinâmica, [432](#)

Cuidados cardíacos: fase aguda, definição e atividades de intervenção, [198–199](#)

Cuidados cardíacos: reabilitação, [200](#)

Cuidados com a circuncisão

definição e atividades de intervenção, [221](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados com aparelhos gessados, [461](#)

Cuidados com lentes de contato

definição e atividades de intervenção, [487](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados com o local de incisão

definição e atividades de intervenção, [467](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados com o repouso no leito

definição e atividades de intervenção, [644](#)

durante sangramento ativo, [656](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

para útero pré-parto, [662](#)

Cuidados com os cabelos

definição e atividades de intervenção, [193](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados com os ouvidos, [563](#)

Cuidados com ostomias

definição e atividades de intervenção, [562](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados com prótese

definição e atividades de intervenção, [616](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados com úlceras de pressão

definição e atividades de intervenção, [611](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados de emergência

definição e atividades de intervenção, [222](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados de emergência

definição e atividades de intervenção, [325](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

reanimação

feto, [628](#)

forma geral, [627](#)

neonato, [629–630](#)

Cuidados durante o parto

definição e atividades de intervenção, [570–571](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

parto de alto risco, [572](#)

Cuidados na embolia

definição e atividades de intervenção, [322](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados na maternidade

aconselhamento na pré-concepção, [604–605](#)

amnioinfusão, [144](#)

nascimento, [536–537](#)

promoção de inserção, [149–150](#)

taxonomia para, [86](#)

testes pré-parto, [662](#)

Cuidados no parto cesáreo

definição e atividades de intervenção, [573](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados no pré-natal

definição e atividades de intervenção, [606–607](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

promoção da interação e, [149–150](#)

Cuidados perioperatórios, [79](#)

Cuidados pós-anestesia

definição e atividades de intervenção, [154](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados pós-morte

definição e atividades de intervenção, [533](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cuidados pós-parto

definição e atividades de intervenção, [574](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), [5](#)

Curativos para os olhos, [554](#)

Curso baseado na web, no uso da NIC e NOC, [52](#)

Custo dos serviços

determinação de enfermeiros, [22](#)

gerenciamento de caso, [201–202](#)

na busca eficiente por enfermeiros, [56](#)

usando uma linguagem padronizada para, [63](#)

Dados

- coleta de dados de pesquisa, [594](#)
- coleta de dados forenses, [409–410](#)
- interpretação de dados laboratoriais, [479](#)
- linguagem padronizada para unidade de dados, [61–62](#)
- monitoramento de sinais vitais, [687](#)
- monitoramento respiratório, [649](#)
- pesquisa sobre eficácia de enfermeiros
 - dados de admissão, [54](#)
 - dados de enfermagem, [55](#)
 - dados médicos, [54–55](#)
 - unidade de dados, [56–57](#)
- supervisão da pele, [584](#)
- supervisão
 - comunidade, [704](#)
 - eletrônica remota, [705–706](#)
 - geral, [702–703](#)
 - gestação avançada, [707–708](#)
 - relacionada à segurança, [709](#)

Dados de admissão, na pesquisa eficiente para enfermeiros, [54](#)

Dados médicos, na pesquisa efetiva para enfermeiros, [54–55](#)

Deambulação

- assistência no ambulatório, [175](#)
- definição e atividades de intervenção, [378](#)

Defeitos cognitivos, controle da demência, [269–270](#)

Defeitos congênitos, aconselhamento genético e, [419](#)

Defesa, prevenção de violência, [142](#)

Definições, princípios que governam definições NIC, [829–830](#)

Deglutição

- monitoramento para precauções contra aspiração, [167](#)
- prejudicada em pessoas à beira da morte, [532](#)
- terapia
 - definição e atividades de intervenção, [263–264](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Deglutição de biscoito de bário, como precauções contra aspiração, [167](#)

Degraus, prevenção de quedas e, [621](#)

Delegação

- definição e atividades de intervenção, [265](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Demografia

- diretrizes para submissão intervenções novas revisadas, [830–831](#)
- troca de informações nos cuidados de saúde, [678](#)

Dentistas, assistência cirúrgica para, [222](#)

Dependência/Vício

- assistência para parar de fumar, [414–415](#)
- enfermagem na dependência química, [781](#)
- prevenção de dependência religiosa, [641](#)

Depoimento/testemunho

definição e atividades de intervenção, 273

tempo e necessidade educacional para intervenção NIC, 801–813

Depressão, controle do humor, 453–455

Depressão pós-parto, 398

Derivação ventricular externa (DVE), cuidado com o dreno, 294

Desatenção, controle do comportamento e, 231–232

Desconforto, 291–292. *See also* Conforto; *See also* Dor

Descrição do estado presente, modelo OPT de, 68

Descrições de cargo, supervisão da equipe e, 417

Desenvolvimento

cuidado com crianças prematuras

definição e atividades de intervenção, 274–275

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

enfermagem de problemas de incapacidade desenvolvimental, 782

física, psicológica e social, 568

melhora

adolescente, 276

criança, 277–278

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Desenvolvimento do acompanhamento crítico

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Desenvolvimento do programa de planejamento, 615

Desenvolvimento físico, educação dos pais/responsáveis e, 568

Desenvolvimento psicológico, 568

Desenvolvimento social, orientação aos pais/responsáveis e, 568

Desfibrilação

cuidados cardíacos, 197

cuidados de emergência, 197

Desfibriladores implantáveis, 280–281

Desidratação, controle do choque, 213

Desilusão

delírio e, 267

tratamento da, 266

Desmame da ventilação mecânica

definição e atividades de intervenção, 745–746

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Desnutrição

monitoramento nutricional, 551

terapia nutricional, 552–553

Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Manual Estatístico e de Diagnóstico de Desordens Mentais), 72

Diagnóstico

assistência pré-operatória para testes diagnósticos, 608

controle da sedação e, 679

documentação do, 289

ensinando estudantes de enfermagem, 59

ligação com intervenção e resultados, 21

linguagem padronizada para, 61

seleção de intervenção da enfermagem, 45

Diálise

controle de eletrólitos, 302
hipercalcemia e, 305–306
terapia de diálise peritoneal, 283
terapia por hemodiálise, 429

Diálise peritoneal

definição e atividades de intervenção, 283
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Diarreia

incontinência intestinal e, 473
tratamento da
definição e atividades de intervenção, 284
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Dieta. *See also* Alimentos; *See also* Nutrição

aconselhamento nutricional, 552–553
alimentação e, 126
assistência em autocuidado, 171
conduta nos transtornos alimentares, 127–128
controle ácido-básico e, 108
controle da constipação/impacção, 242
controle da energia, 332
controle da náusea, 539
controle da nutrição, 549
controle de eletrólitos, 302
cuidados cardíacos: reabilitação e, 200
desenvolvimento do adolescente e, 276
ensino: dieta prescrita, 339
hipercalcemia e, 304
incontinência intestinal e, 473
monitoramento nutricional, 551
quimioterapia e, 622–623

Dilatação retal digital, 476

Dióxido de carbono

amostra de sangue arterial para determinar nível de, 665
controle da ventilação e, 747

Direitos do paciente, 286, 676

Direitos, proteção dos direitos do paciente, 286, 801–813

Diretrizes

NIC e NOC como base das, 40
para intervenções de revisão, 838–840
para intervenções novas e revisadas, 828–832
desenvolvimento e princípio de refinamento, 828–831
forma de informação demográfica, 831–832
materiais necessários, 828
processos revisados, 828

Diretrizes curriculares, para NANDA, NIC, e NOC, 38–39

Diretrizes de descontaminação, preparação contra o bioterrorismo, 536

Disciplina, na educação de adolescentes, 565

Dispositivos

de apoio, 461

removíveis. *See* [Cuidados com prótese](#)

Dispositivos de detecção de metal, desfibrilador interno, [280–281](#)

Dispositivos de drenagem. *See* [Drenos \(sondas\)](#)

Dispositivos removíveis. *See* [Cuidado da prótese](#)

Dispositivos vaginais, controle do pessário para, [595](#)

Distração/desatenção

definição e atividades de intervenção, [288](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Diuréticos

controle da hipervolemia, [444](#)

controle do edema cerebral, [206–207](#)

controle hídrico, [437](#)

hipercalemia e, [305–306](#)

promoção da perfusão cerebral, [208](#)

Divertimento, terapia de recordações e, [635](#)

Dizer a verdade

definição e atividades de intervenção, [748](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Doações, gerenciamento de recurso financeiros, [638](#)

Doadores

órgãos, [558](#)

sangue, [667](#)

Documentação

administração de produtos do sangue e, [428](#)

base NIC para, [3](#)

computadores para, [21](#)

definição e atividades de intervenção, [289](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

online, [33](#)

pesquisa efetiva e, [48](#)

preparo cirúrgico e, [224–225](#)

relato de incidentes, [466](#)

testes laboratoriais à beira do leito, [480](#)

transcrição de prescrições, [609](#)

trauma de rapto/estupro e, [374](#)

Doença crônica, promoção da normalidade para criança doente ou deficiente, [547](#)

Doenças

apoio a irmãos, [477–478](#)

ensino: processo da doença, [358](#)

riscos ambientais, [134](#)

transmissíveis

controle de infecção e, [468](#)

controle, [290](#), [801–813](#)

imunização/vacinação para, [463–464](#)

preparação contra o bioterrorismo, [290](#)

Doenças sexualmente transmissíveis, [403](#)

Domicílio, apoio ao sustento, [710](#)

Domínios fisiológicos, taxonomia NIC, [74](#), [76–81](#)

Domínios, taxonomia

comportamento, [82–83](#)

- comunidade, 90–91
- construção da, 28–32
- família, 86–87
- fisiológico, 76–81
- segurança, 84–85
- sistema de saúde, 88–89
- visão geral do, 74–75
- vs. classes, 4

Dor

- acupressão para, 120
- administração analgésica
 - intraespinal, 151
 - visão geral do, 150
- aplicação de calor/frio para, 194–195
- aromaterapia e, 162
- cateter interpleural para redução da dor, 508
- circuncisão e, 221
- controle
 - definição e atividades de intervenção, 291–292
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- cuidados com aparelho gessado e, 420
- cuidados na embolia e, 322
- cuidados no parto cesáreo, 573
- diminuição com a estimulação da pele, 261
- dor torácica
 - cuidados cardíacos, 197
 - cuidados cardíacos: fase aguda, 198–199
 - cuidados cardíacos: reabilitação, 200
 - cuidados na embolia pulmonar, 323
 - equipamentos de suporte circulatório mecânico, 218
- ensino preparo do parto, 538
- monitoramento na pessoa à beira da morte, 532
- terapia de relaxamento, 640

Dor do membro fantasma, no cuidados na amputação, 146–147

Dor torácica

- cuidados cardíacos, 197
- cuidados cardíacos: fase aguda, 198–199
- cuidados cardíacos: reabilitação, 200
- cuidados na embolia: pulmonar e, 323
- equipamentos de suporte circulatório mecânico e, 218

Dormência, controle da sensibilidade periférica, 684

Drenagem, cuidados com lesões

- drenagem fechada, 489
- irrigação, 491

Drenagem fechada, cuidado de lesões, 489

Drogas. *See* [Medicações](#)

DSM (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders/Manual Estatístico e de Diagnóstico de Desordens Mentais), 72

ECG

- controle do marcapasso, 500–501
- cuidados cardíacos: fase aguda, 198–199

ECG, cuidado das queimaduras e, 490

Edema

- circulação arterial e, 219
- controle do edema cerebral, 206–207
- monitoramento das extremidades inferiores e, 386–387
- no cuidados na amputação, 146–147

Educação. *See also* [Aprendizagem](#); *See also* [Ensino](#)

- competência da enfermagem e, 63–66
- cursos baseados na Web, 52
- de estudantes de enfermagem, 59–60
- desenvolvimento de equipe, 679
- educação para saúde, 671–672
- educação sexual, 233
- gerenciamento de caso, 201–202
- melhora do conhecimento sobre saúde, 673–674
- preparação contra o bioterrorismo, 536
- taxonomia para o paciente, 83

Educação para saúde

- definição e atividades de intervenção, 671–672
- desenvolvimento da saúde da comunidade, 670
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- intervenções em enfermagem para, 3
- melhora do conhecimento sobre a saúde
 - definição e atividades de intervenção, 673–674
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Educação sexual

- aconselhamento na pré-concepção, 604–605
- sexo seguro, 366

Efeitos colaterais

- controle de medicamentos e, 522–523
- medicações ligantes de fosfatos e, 310
- quimioterapia, 622
- radioterapia, 624–625

Eletoconvulsoterapia (ECT)

- definição e atividades de intervenção, 300–301
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Eletrólitos

- controle
 - controle de eletrólitos/hídrico, 439
 - definição e atividades de intervenção, 302
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
 - hipercalcemia, 303–304
 - hipercalemia, 305–306
 - hiperfosfatemia, 310
 - hipermagnesemia, 307
 - hipernatremia, 308–309
 - hipocalcemia, 311–312
 - hipocalemia, 313–314

- hipofosfatemia, [318–319](#)
- hipomagnesemia, [315](#)
- hiponatremia, [316–317](#)
- equilíbrio de, [302](#), [320–321](#)
- monitoramento
 - controle ácido-básico nos cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)
 - definição e atividades de intervenção, [320–321](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- tratamento para exposição ao calor, [194](#)

Elevação, física

- cuidados com aparelho gessado e, [420](#)
- insuficiência venosa e, [220](#)

Elevação, fototerapia: regulação do humor, [412](#)

Elevador do ânus, exercícios para musculatura pélvica, [585](#)

Eliminação

- assistência em autocuidado, [176](#)
- controle da eliminação urinária
 - definição e atividades de intervenção, [733](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- controle intestinal
 - controle da diarreia e, [242](#)
 - controle de constipação/impacção, [242](#)
 - definição e atividades de intervenção, [472](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- cuidados na incontinência urinária, [734](#), [735](#), [801–813](#)
- cuidados na retenção urinária, [736](#), [801–813](#)
- incontinência urinária, [585](#), [595](#), [531](#)
- mediante um estoma, [562](#)
- taxonomia para, [76](#)
- treinamento intestinal
 - definição e atividades de intervenção, [476](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- treinamento urinário
 - reeducação vesical, [750](#), [801–813](#)
 - treinamento do hábito, [737](#), [801–813](#)

Eliminação urinária

- controle
 - definição e atividades de intervenção, [733](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- cuidados na incontinência
 - definição e atividades de intervenção, [734](#)
 - enurese, [735](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- cuidados na retenção
 - definição e atividades de intervenção, [736](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- incontinência
 - exercícios para musculatura pélvica para, [585](#)
 - controle do pessário para, [595](#)
 - incontinência urinária, [531](#)
- reeducação vesical
 - definição e atividades de intervenção, [750](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- treinamento do hábito
 - definição e atividades de intervenção, [737](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Êmbolo

conduta em terapia trombolítica

definição e atividades de intervenção, 727

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

precauções contra embolia, 324

Emergências

cuidados de emergência, 222

preparo da comunidade para catástrofes, 240

triagem: desastres, 240

Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA), 722

Êmese, controle do vômito, 763–764

Emoções. *See also* [Sentimentos](#)

ansiedade

controle do delírio e, 267

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 799

facilitação do processo de pesar e, 532

no treinamento do uso do vaso sanitário, 474

precauções contra fuga e, 413

redução de, 156

técnica para acalmar para, 106

terapia de relaxamento para, 640

controle do humor/ânimo

definição e atividades de intervenção, 453–455

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

fototerapia: regulação do sono/humor, 412

cuidados cardíacos e, 196

de cuidadores, 255

depressão, 453–455

envolvimento familiar e, 400

esperança

facilitação do crescimento espiritual, 372

inspiração, 370, 801–813

estresse

apoio emocional, 328

controle da diarreia e, 242

cuidado no desenvolvimento de crianças prematuras e, 274

cuidados cardíacos e, 196, 197

cuidados do cuidador para sinais de, 255

prevenção do uso de drogas e, 295

promoção da capacidade de resiliência para relação com o estresse do ambiente, 647

redução da ansiedade e, 156

redução do estresse por mudança, 607

reestruturação cognitiva e, 227

terapia para o trauma e, 723

facilitação do processo de culpa, 258

facilitação do processo de perdão, 586

facilitação do processo de pesar, 589

medo

cuidado no momento da morte, 532

redução da ansiedade, 156

raiva

apoio emocional e, 328

assistência no controle da raiva, 626, 799

facilitação do processo de perdão, 586

reestruturação cognitiva, [227](#)

técnica para acalmar

cuidados no desenvolvimento de crianças prematuras, [274](#)

definição e atividades de intervenção, [106](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

terapia de validação, [738](#)

EMTALA (Emergency Treatment e Labor Act), [722](#)

Encaminhamento

definição e atividades de intervenção, [329](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Encoprese, [474](#)

Enema, controle da constipação/impacção, [242](#)

Enfermagem ambulatorial como intervenção essencial, [769](#)

Enfermagem corretiva, como intervenção essencial, [769](#)

Enfermagem de bordo, como intervenção essencial, [771](#)

Enfermagem de cuidados críticos, como intervenção essencial, [770](#)

Enfermagem de cuidados paliativos, como intervenção essencial, [770](#)

Enfermagem dermatológica, como intervenção essencial, [771](#)

Enfermagem em neurociências, como intervenção essencial, [772](#)

Enfermagem em saúde ocupacional, como intervenção essencial, [773](#)

Enfermagem endovenosas, como intervenção essencial, [775](#)

Enfermagem escolar, como intervenção essencial, [776](#)

Enfermagem forenses, como intervenção essencial, [776](#)

Enfermagem gastroenterológica, como intervenção essencial, [777](#)

Enfermagem gerontológica, como intervenção essencial, [778](#)

Enfermagem holística, como intervenção essencial, [778](#)

Enfermagem médico-cirúrgica, como intervenção essencial, [779](#)

Enfermagem na dependência química, intervenções essenciais, [781](#)

Enfermagem na dependência, [781](#)

Enfermagem na emergência, como intervenção essencial, [774](#)

Enfermagem na incapacidade desenvolvimental, como intervenção essencial, [782](#)

Enfermagem na lesão da coluna espinhal, como intervenção essencial, [782](#)

Enfermagem na psiquiatria de crianças e adolescentes, como intervenção essencial, [783](#)

Enfermagem na reabilitação, como intervenção essencial, [783](#)

Enfermagem na saúde da mulher, como intervenção essencial, [783](#)

Enfermagem na saúde escolar, como intervenção essencial, [784](#)

Enfermagem na saúde pública e comunitária, como intervenção essencial, [785](#)

Enfermagem nefrológica, como intervenção essencial, [785](#)

Enfermagem neonatal, como intervenção essencial, [786](#)

Enfermagem obstétrica, como intervenção essencial, [788](#)

Enfermagem oftálmica, como intervenção essencial, [788](#)

Enfermagem oncológica pediátrica, como intervenção essencial, [773](#)

Enfermagem oncológica, como intervenção essencial, [789](#)

Enfermagem ortopédica, como intervenção essencial, [789](#)

Enfermagem otorrinolaringológica e de cabeça e pescoço, como intervenção essencial, [790](#)

Enfermagem paroquial, como intervenção essencial, [790](#)

Enfermagem pediátrica, como intervenção essencial, [791](#)

Enfermagem perioperatória, como intervenção essencial, [792](#)

Enfermagem psiquiátrica/de saúde mental, como intervenção central, [793](#)

Enfermagem radiológica, como intervenção essencial, [794](#)

Enfermagem urológica, como intervenção essencial, [795](#)

Enfermagem vascular, como intervenção essencial, [795](#)

Enfermidade. *See also* [Doença](#)

- apoio aos irmãos, [477–478](#)
- deambulação na recuperação de, [378](#)
- intervenções NIC usadas no tratamento/prevenção de, [3](#)
- melhora da imagem corporal e, [457–458](#)
- promoção da normalidade para doença crônica, [547](#)
- psiquiátrica, [300–301](#)

Ensino. *See also* [Educação](#)

- atividade/exercício prescritos, [336](#)
- cuidado com os pés, [337–338](#)
- definição e atividades de intervenção, [358](#)
- dieta prescrita, [339](#)
- estimulação infantil
 - 0–4 meses, [340](#)
 - 5–8 meses, [341](#)
 - 9–12 meses, [342](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- grupo, [343–344](#)
- habilidades psicomotoras, [345](#)
- indivíduo, [346](#)
- medicação prescrita, [347–348](#)
- nutrição bebê
 - 0–3 meses, [349](#)
 - 4–6 meses, [350](#)
 - 7–9 meses, [351](#)
 - 10–12 meses, [352](#)
- nutrição infantil
 - 13–18 meses, [353](#)
 - 19–24 meses, [354](#)
 - 25–36 meses, [355](#)
- pré-operatória, [356](#)
- procedimento/tratamento, [357](#)
- processo de doença, [358](#)
- segurança bebê
 - 0–3 meses, [359](#)
 - 4–6 meses, [360](#)
 - 7–9 meses, [361](#)
 - 10–12 meses, [362](#)
- segurança infantil
 - 13–18 meses, [363](#)
 - 19–24 meses, [364](#)
 - 25–36 meses, [365](#)

sexo seguro, [366](#)
sexualidade, [367](#)
treinamento dos esfíncteres, [368](#)

Ensino: pré-operatório, [356](#)

Entubação gastrointestinal

alimentação por sonda enteral, [124–125](#)
cuidados com sondas, [693](#)
definição e atividades de intervenção, [418](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
liberação de medicações, [506](#)

801–813Enurese, cuidados na incontinência urinária, [735](#)

Envelhecimento, melhora da imagem corporal e, [457–458](#)

Environmental Protection Agency (EPA) (Agência de Proteção Ambiental), [134](#)

EPA (Environmental Protection Agency), [134](#)

Epidemia, enfermagem de controle de infecção e epidemiológica, [787](#)

Epidural, administração intraespinal de medicações, [510](#)

Episiotomia, nascimento, [536–537](#)

Equilíbrio

definição e atividades de intervenção, [383–384](#)
funções sensitivas e, [383](#)
prevenção de quedas e, [620–621](#)

Equipamento

autorização do seguro para, [683](#)
avaliação de produto, [614](#)
carrinho de emergência, [327](#)
contenção de custos de, [260](#)
controle da tecnologia, [712](#)

Equipamento de proteção, na preparação contra o bioterrorismo, [536](#)

Equipe

desenvolvimento

definição e atividades de intervenção, [679](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

supervisão

definição e atividades de intervenção, [417](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Equipes interdisciplinares, uso de NIC, [13–14](#)

Eructação (arroto)

após alimentação por mamadeira, [123](#)
ensinando mães de recém-nascidos, [132–133](#)

Escala APIB (Assessment of Preterm Infant Behavior/Avaliação do Comportamento do Infante Pré-termo), [274–275](#)

Escala Assessment of Preterm Infant Behavior (APIB) (Avaliação do Comportamento do Infante Pré-termo), [274–275](#)

Escala de Guido, [20](#)

Escala de Likert, medindo os resultados dos pacientes, [6–7](#)

Escala de NIC para complexidade do paciente, 58Escore de Apgar, após nascimento, [536–537](#)

Escutar ativamente

definição e atividades de intervenção, [369](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 799

Esperança

facilitação do crescimento espiritual, 372

inspiração

definição e atividades de intervenção, 370

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Estabelecimento de metas mútuas

definição e atividades de intervenção, 529–530

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Estabilização

conduta em tração/imobilização, 719

gesso para, 461

Estado pós-tictal, controle de convulsões, 252

Estagiamento da dieta

definição e atividades de intervenção, 285

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Esterilização

alimentação por mamadeira, 123

controle de infecção, 468, 470

sutura e, 711

Esterilização, sexual, 403

Estilo de vida

educação para saúde e, 671

prevenção do uso de drogas, 295

Estimulação

bebê

0–4 meses, 340

5–8 meses, 341

9–12 meses, 342

cognitiva, 226

da pele, 261

Estimulação à tosse

definição e atividades de intervenção, 718

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Estimulação cognitiva

definição e atividades de intervenção, 226

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Estimulação cutânea

definição e atividades de intervenção, 261

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Estimulação da imaginação

definição e atividades de intervenção, 459–460

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)

definição e atividades de intervenção, 544

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Estímulo ambiental

controle da decepção, 266

controle da quimioterapia, 622

controle do delírio, 267

- controle do edema cerebral, [206–207](#)
- cuidado no desenvolvimento de crianças prematuras, [274–275](#)
- cuidados pós-morte e, [532](#)
- precauções cardíacas, [196](#)
- tratamento da demência, [269](#), [271](#)

Estímulos a rituais religiosos

- definição e atividades de intervenção, [642](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Estirões no crescimento, infantil, [132–133](#)

Estresse

- apoio ao cuidador para sinais de, [255](#)
- apoio emocional, [328](#)
- controle da diarreia e, [242](#)
- cuidados cardíacos e, [196](#), [197](#)
- cuidados com o desenvolvimento de crianças prematuras e, [274](#)
- prevenção do uso de drogas e, [295](#)
- promoção da capacidade de resiliência para relação com o estresse do ambiente, [647](#)
- redução da ansiedade e, [156](#)
- redução do estresse por mudança, [607](#)
- reestruturação cognitiva e, [227](#)
- tratamento de trauma e, [723](#)

Estudantes, preceptor para, [602](#)

Ética, construção de relação complexa e, [639](#)

Exame das mamas

- definição e atividades de intervenção, [497](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Exame ovariano, ultrassonografia, [731](#)

Exame retal, após nascimento, [536–537](#)

Exames

- triagem em saúde, [669](#)
- ultrassonografia, [731](#)

Exames vaginais

- no nascimento, [536–537](#)
- para útero pré-parto, [662](#)

Exclusão

- definição e atividades de intervenção, [626](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Exercício

- conduta nos transtornos alimentares, [127](#)
- controle da constipação/impacção, [242](#)
- controle da energia, [332](#)
- cuidados cardíacos e, [196](#)
- cuidados cardíacos: reabilitação e, [200](#)
- cuidados na amputação e, [146–147](#)
- cuidados no repouso no leito e, [644](#)
- desenvolvimento do adolescente e, [276](#)
- desfibrilador interno e, [280–281](#)
- ensino: atividade/exercício prescrito, [336](#)
- na promoção da mecânica corporal, [503](#)
- taxonomia para, [76](#)

Exercícios de fortalecimento, [377](#)

Exercícios para a musculatura pélvica
definição e atividades de intervenção, [585](#)
tempo e necessidade educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Experiência social
modificação do comportamento, [236](#)
terapia recreativa para, [601](#)

Experiências auditivas, no controle da negligência unilateral, [541](#)

Experiências visuais, controle da negligência unilateral, [541](#)

Exposição, controle de doenças transmissíveis, [290](#)

Extremidades, monitoramento de extremidades inferiores, [386–387](#)

Extubação endotraqueal
definição e atividades de intervenção, [330](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilidades do cuidado em saúde

- cuidado da admissão, [121](#)
- facilitação da licença, [494](#)
- relato de incidentes, [466](#)
- transporte: inter-hospitalar, [721–722](#)

Facilitação**aprendizagem**

- definição e atividades de intervenção, [160–161](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- preceptor para auxiliar a aprendizagem dos estudantes, [602](#)

auto-hipnose

- definição e atividades de intervenção, [179](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

autoirresponsabilidade

- definição e atividades de intervenção, [183](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

crescimento espiritual, [372](#)

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

da licença

- definição e atividades de intervenção, [494](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

do processo de meditação

- definição e atividades de intervenção, [527](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

do processo de pesar

- definição e atividades de intervenção, [589–590](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

humor, [456](#)**presença da família**

- definição e atividades de intervenção, [388–389](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

processo de perdão

- definição e atividades de intervenção, [586](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

visita, [761–762](#)

- definição e atividades de intervenção, [761–762](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- manutenção de processo familiar, [392](#)
- presença da família, [388](#)

Facilitação da auto-hipnose

- definição e atividades de intervenção, [179](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação da autorresponsabilidade

- definição e atividades de intervenção, [183](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação da licença

- definição e atividades de intervenção, [494](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação da presença familiar

- definição e atividades de intervenção, [388–389](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação da visita

definição e atividades de intervenção, [761–762](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

facilitação da presença da família e, [388](#)

manutenção de processo familiar e, [392](#)

Facilitação do crescimento espiritual

definição e atividades de intervenção, [372](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação do processo de meditação

definição e atividades de intervenção, [527](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação do processo de perdão

definição e atividades de intervenção, [586](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação do processo de pesar

definição e atividades de intervenção, [532](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Facilitação do processo de pesar

definição e atividades de intervenção, [589–590](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

morte perinatal, [590](#)

Facilitação no processo de culpa

definição e atividades de intervenção, [258](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Fadiga

controle da energia e, [332–333](#)

quimioterapia e, [623](#)

Família

apoio à proteção contra abuso, [95–106](#)

atividades, [95–96](#)

crianças, [97–99](#)

idoso, [102–104](#)

parceiros no lar, [100–101](#)

religioso, [105](#)

apoio ao sustento, [710](#)

apoio

definição e atividades de intervenção, [390–391](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

melhora do sistema de apoio, [157](#)

assistência para manutenção do lar, [484](#)

assistência quanto a recursos financeiros, [637](#)

captação de doação de órgãos, [558](#)

coesão e unidade de, [397–399](#)

controle da anafilaxia, [148](#)

controle da asma, [165](#)

cuidado do paciente, [400](#)

cuidados com bebês, [188](#)

cuidados durante o repouso do cuidador, [256](#)

cuidados pós-morte, [532](#)

cuidados pós-morte, [533](#)

educação para saúde, [671–672](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

facilitação da visita, [761–762](#)

facilitação no processo de culpa, [258](#)

gerenciamento de caso, [201–202](#)

identificação de risco

família que espera um filho, [654](#)

genética, [655](#)

intermediação cultural, [259](#)

Intervenções NIC para, [3](#)

manutenção do processo familiar

definição e atividades de intervenção, [392](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

melhora do papel, [569](#)

mobilização

definição e atividades de intervenção, [393](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

NIC taxonomia para, [75, 86–87](#)

planejamento familiar

contracepção, [394](#)

definição e atividades de intervenção, [394–395](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

gestação não planejada, [395](#)

infertilidade, [396](#)

presença

definição e atividades de intervenção, [388–389](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

promoção da capacidade de resiliência para relação com o estresse do ambiente, [647](#)

promoção da integridade, [397–399](#)

definição e atividades de intervenção, [397–399](#)

família que espera um filho, [398–399](#)

promoção da normalidade para crianças doentes ou incapazes, [547](#)

promoção da paternidade/maternidade para famílias de alto risco, [578–579](#)

promoção da segurança em veículos, [681–682](#)

promoção de inserção e, [149–150](#)

promoção do envolvimento

definição e atividades de intervenção, [400](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

promoção do exercício, [376](#)

terapia

arteterapia para determinação dos padrões de interação, [164](#)

definição e atividades de intervenção, [401](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

toque e, [715](#)

Família que espera um filho

definição e atividades de intervenção, [398–399](#)

identificação de risco, [654](#)

orientação aos pais, [568](#)

Farmacologia. *See also* [Medicações](#)

indução do trabalho de parto, [447](#)

medicamentos sem prescrição, [522](#)

precauções contra hipertermia maligna, [442](#)

Fase de desenvolvimento, classificação NIC

construção da classificação, [24–28](#)

construção da taxonomia, [28–32](#)

intervenções na comunidade, [37–38](#)

pesquisa efetiva, [39–40](#)

testes clínicos, [32–36](#)

Fase lútea, ciclo menstrual, [688](#)

Fatores ambientais, em doenças transmissíveis, 290

Feedback

biofeedback, 190

micção induzida incontinência urinária, 531

promoção do exercício e, 376

Feedback e processos de revisão, 36–37

Feedback social, para incontinência urinária, 531

Feridas

cuidados com a pele

local da doação, 580

local de enxerto, 581

cuidados com o local de incisão, 467

cuidados

definição e atividades de intervenção, 488–489

drenagem fechada, 489

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

irrigação, 491, 801–813

queimaduras, 490

inspecionando dreno para drenagem das, 420

insuficiência venosa e, 220

redução do sangramento da, 658

sutura, 711

taxonomia para, 80

Fertilidade

controle da tecnologia reprodutiva, 645–646

ensino a sexualidade, 367

infertilidade, 396

preservação

definição e atividades de intervenção, 403

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Feto

controle ácido-básico, 628

cuidado na gestação de alto risco, 422

cuidados durante o parto, 570–572

indução do trabalho de parto, 447

monitoramento eletrônico fetal

durante o parto, 404–405

pré-parto, 406–407

parto de alto risco, 572

reanimação, 628

supervisão: gravidez tardia, 707–708

supressão do trabalho de parto, 576

ultrassonografia, 731

Fezes

controle da diarreia, 284

controle de constipação/impacção, 242

Fisiologia

biofeedback para obter controle sobre, 190

efeitos fisiológicos nos cuidados cardíacos, 197

intervenções NIC como efeitos fisiológicos, 3

monitoramento do estado fisiológico de recém-nascidos, 633

musicoterapia e, 535

posicionamento do paciente para promoção do bem-estar fisiológico, 597

suporte fisiológico, no controle da sedação, [679](#)

Fisioterapia respiratória

definição e atividades de intervenção, [648](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Fisioterapia, respiratória, [648](#)

Fitness. *See* [Promoção do exercício](#)

Flexibilidade

exercícios de alongamento e, [377](#)

mobilidade articular, [385](#)

Fornecedores, incluindo NIC nos sistemas de informação, [16–17](#)

Fortalecimento da autocompetência

definição e atividades de intervenção, [169](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Fortalecimento da autoestima

definição e atividades de intervenção, [178–642](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Fortalecimento da autopercepção

definição e atividades de intervenção, [182](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Fortalecimento da segurança

definição e atividades de intervenção, [680](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Fortalecimento da socialização

definição e atividades de intervenção, [690](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Fosfato

hiperfosfatemia, [310](#)

hipofosfatemia, [318–319](#)

Fototerapia

definição e atividades de intervenção, [666](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

neonato, [411](#)

regulação do humor/sono, [412](#)

Fototerapia

para redução dos níveis de bilirrubina em recém-nascidos, [411](#)

para regulação do sono/humor, [412](#)

Fragrância, aromaterapia, [162](#)

Frio, temperatura corporal. *See* [Hipotermia](#)

Função cardiovascular

estresse e, [197](#)

monitoramento de sinais vitais, [687](#)

monitoramento hemodinâmico invasivo e, [430–431](#)

Função hepática, monitoramento nos cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)

Função neurológica

controle do edema cerebral, [206–207](#)

cuidados com aparelho gessado, [420](#)

monitoramento

controle do delírio, [267](#)

definição e atividades de intervenção, [545–546](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

na promoção da perfusão cerebral, [208](#)

nos cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)

taxonomia para, [79](#)

Função renal, monitoramento nos cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)

Função urinária, cuidados com o repouso no leito, [644](#)

Funcionamento da medula óssea, efeitos da quimioterapia no, [622](#)

Funcionamento psicossocial

Intervenções NIC e, [3](#)

sexualidade e, [367](#)

terapia social, [691](#)

tratamento do uso de drogas e, [296](#)

Funcionários

importância da validação de, [417](#)

preceptor para, [603](#)

Funções sensitivas

avaliação, [380](#)

controle da negligência unilateral, [541](#)

equilíbrio e, [383](#)

estimulação do bebê

0–4 meses, [340](#)

5–8 meses, [341](#)

9–12 meses, [342](#)

informações sensoriais preparatórias para tratamento ou procedimento iminente, [685](#)

Gasto celular, controle do choque e, [210–211](#)

Genética

aconselhamento

definição e atividades de intervenção, [419](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

enfermeiros geneticistas, como intervenção essencial, [777](#)

identificação de risco, [655](#)

Gerenciamento de caso

definição e atividades de intervenção, [201–202](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Gerenciamento de recursos financeiros

definição e atividades de intervenção, [638](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Gesso

manutenção, [420](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

úmido, [421](#)

Gestação, supressão do trabalho de parto e, [576–577](#)

Ginecologia, infertilidade e, [396](#)

Glicose

conduta na hiperglicemia, [441](#)

conduta na hipoglicemia, [448](#)

Grampos, cuidado com o local de incisão, [467](#)

Grampos, cuidados no local de inserção e, [467](#)

Gravidez

aconselhamento na pré-concepção, [604–605](#)

cuidado do término da

definição e atividades de intervenção, [424](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidado na gestação de alto risco, [422–423](#)

cuidados no pré-natal, [606–607](#)

educação em relação à prevenção da gestação, [394](#)

ensino: preparo do parto, [538](#)

gestação não planejada, [395](#)

nascimento, [536–537](#)

planejamento familiar, [394](#)

supervisão: gravidez tardia, [707–708](#)

testes antes do parto, [662](#)

Grupo de apoio

definição e atividades de intervenção, [426–427](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Grupos

controle do ambiente, [139](#)

desenvolvimento de programas, [615](#)

educação para saúde, [671–672](#)

grupo de apoio

definição e atividades de intervenção, [425](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

para cuidador, [255](#)

programas de ensino para

definição e atividades de intervenção, [343–344](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

terapia de grupo

definição e atividades de intervenção, [426–427](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Grupos de alto risco, educação para saúde e, [671](#)

Healthy People (Pessoas Saudáveis) 2010, [671–672](#)

Hematócrito

- monitoramento antes e após perda de sangue, [656](#)
- monitoramento na redução de sangramento nasal, [660](#)
- monitoramento na redução do sangramento, [657](#)
- monitoramento para promoção da perfusão cerebral, [208](#)

Hematoma, monitoramento na redução do sangramento, [657](#)

Hemofiltração

- definição e atividades de intervenção, [433](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Hemoglobina

- monitoramento antes e após perda de sangue, [656](#)
- monitoramento na redução de sangramento nasal, [660](#)
- monitoramento na redução do sangramento, [657](#)

Hemólise

- equipamentos de suporte circulatório mecânico e, [218](#)
- evitar na amostra de sangue capilar, [663](#)

Hemorragia

- controle
 - definição e atividades de intervenção, [434](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- precauções contra hemorragia subaracnoidea, [435](#)
- precauções contra sangramento, [656](#)
- redução do sangramento
 - gastrointestinal, [659](#)
 - monitoramento, [657](#)
- útero pré-parto, [662](#)

Heparina de baixo peso molecular (HBPM), promoção da perfusão cerebral e, [208](#)

Higiene

- assistência em autocuidado
 - definição e atividades de intervenção, [174](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- banho e, [187](#)
- controle do ambiente e, [138](#)
- cuidado perineal
 - definição e atividades de intervenção, [587](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- cuidados com os cabelos
 - definição e atividades de intervenção, [193](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- cuidados com os pés
 - definição e atividades de intervenção, [588](#)
 - ensino de prevenção, [337–338](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- cuidados das unhas
 - definição e atividades de intervenção, [732](#)
 - tempo e necessidade educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- desenvolvimento do adolescente e, [276](#)
- manutenção da saúde oral
 - definição e atividades de intervenção, [555](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

- monitoramento das extremidades inferiores
 - definição e atividades de intervenção, [386–387](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- promoção da saúde oral
 - definição e atividades de intervenção, [556](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Higiene pessoal, [174](#), [177](#). *See also* [Higiene](#)

Hiperatividade, controle da energia e, [332](#)

Hiperatividade, controle do comportamento e, [231–232](#)

Hipercalcemia, [303–304](#)

Hipercalemia, [305–306](#)

Hiperfosfatemia, [310](#)

Hipermagnesemia, [307](#)

Hipernatremia, [308–309](#)

Hiperpirexia, [402](#)

Hipertensão, [208](#)

Hipnose

- definição e atividades de intervenção, [179](#)

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Hipocalcemia, [311–312](#)

Hipocalemia, [313–314](#)

Hipofosfatemia, [318–319](#)

Hipomagnesemia, [315](#)

Hiponatremia, [316–317](#)

Hipotermia

- indução

 - definição e atividades, [449](#)

 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

- tratamento

 - definição e atividades, [450](#)

 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Histórico de saúde

- prescrição de medicamentos e, [524](#)

- reconciliação de medicamentos e, [525](#)

- triagem da saúde, [669](#)

- troca de informações nos cuidados de saúde, [678](#)

Histórico, saúde

- prescrição de medicamentos e, [524](#)

- reconciliação de medicamentos e, [525](#)

- triagem de saúde, [669](#)

- troca de informações nos cuidados de saúde, [678](#)

Humor

- definição e atividades de intervenção, [456](#)

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

- IADL (atividades essenciais da vida diária), 172–173
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
taxonomia para, 77
transferência de localização corporal, 175
uso do vaso sanitário, 176
- IADL (atividades essenciais da vida diária), 172–173. *See also* Atividades da vida diária (ADLs)
- ICD (International Classification of Diseases/Classificação Internacional de Doenças), 72
- Identidade pessoal, orientação à realidade, 560–561
- Idosos
apoio à proteção contra abuso para, 102–104
enfermeiros gerontológicos, 778
terapia de validação, 738
- Iluminação, prevenção de quedas e, 621
- Imaginação
imagem na facilitação do processo de meditação, 527
uso propositado da estimulação da imaginação, 459–460
- Imobilização
definição e atividades de intervenção, 461
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- Imobilização
cuidados com a tração/imobilização, 719
gessos para, 461
taxonomia para imobilidade, 76
- Impacção fecal, 242. *See also* Constipação
- Impacção. *See* Constipação
- Imunizações
controle da imunização/vacinação
definição e atividades de intervenção, 463–464
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
controle de doenças transmissíveis, 290
desenvolvimento do adolescente e, 276
proteção contra infecções e, 471
- Inalação
administração de medicamentos por, 507
aromaterapia e, 162
- Incapacidade
apoio a irmãos, 477–478
enfermagem para problemas de incapacidade desenvolvimental, 767
promoção da normalidade para criança doente ou incapaz, 547
- Incontinência
controle do pessário para, 595
cuidado intestinal e, 473
cuidados na incontinência urinária, 734, 735
exercícios para os músculos pélvicos para incontinência urinária, 585
micção induzida, 531
reeducação vesical, 750
treinamento do hábito urinário, 737
- Incontinência intestinal, 473

Índice ABI (tornozelo-braquial), [219](#)

Índice tornozelo-braquial (ABI), para circulação arterial, [219](#)

Infantes. *See also* [Recém-nascidos](#)

amostra de sangue capilar de, [663](#)

cuidado do recém-nascido

definição e atividades de intervenção, [631–632](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidado infantil

definição e atividades de intervenção, [188](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidado na gestação de alto risco, [422–423](#)

cuidado neonatal no método canguru

definição e atividades de intervenção, [542–543](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

estimulação do bebê

0–4 meses, [340](#)

5–8 meses, [341](#)

9–12 meses, [342](#)

morte perinatal, [590](#)

nutrição do bebê

0–3 Meses, [349](#)

4–6 meses, [350](#)

7–9 meses, [351](#)

10–12 meses, [352](#)

orientação dos pais/responsáveis

definição e atividades de intervenção, [566–567](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

promoção da integridade familiar e, [398](#)

promoção da paternidade/maternidade

definição e atividades de intervenção, [578–579](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

segurança do bebê

0–3 meses, [359](#)

4–6 meses, [360](#)

7–9 meses, [361](#)

10–12 meses, [362](#)

Infecção nosocomial, controle de, [470](#)

Infecções

controle

definição e atividades de intervenção, [468](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

intraoperatórias, [470](#)

cuidados com aparelho gessado e, [420](#)

otológica, [563](#)

proteção

definição e atividades de intervenção, [471](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Infertilidade

controle da tecnologia reprodutiva, [645–646](#)

planejamento familiar

definição e atividades de intervenção, [396](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

preservação da fertilidade

definição e atividades de intervenção, [403](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Inflamação

- aplicação de calor/frio para, [194–195](#)
- diminuição com a estimulação cutânea, [261](#)

Informação

- aconselhamento na pré-concepção, [604–605](#)
- aprendizagem
 - facilitação, [160–161](#)
 - melhora da disposição, [158–159](#)
- grupo de apoio, [425](#)
- informações sensoriais preparatórias para tratamento ou procedimento iminente, [685](#)
- Outcome and Assessment Information Set (OASIS), [4](#)
- país, [578–579](#)
- relato de troca, [649](#)
- sistemas de informação de saúde
 - desenvolvimento da enfermagem, [21](#)
 - implementação de NIC e NOC, [40–41](#)
- sistemas de informação em enfermagem
 - implementação de regras de baseadas na experiência para uso de NIC em, [52](#)
 - leituras úteis para, [50](#)
- troca de informações nos cuidados de saúde
 - definição e atividades de intervenção, [678](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Informação em saúde

- sistemas
 - desenvolvimento da enfermagem, [21](#)
 - implementação de NIC e NOC, [40–41](#)
- taxonomia para, [89](#)
- troca de
 - definição e atividades de intervenção, [678](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Informações sensoriais preparatórias

- definição e atividades de intervenção, [685](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Inspeção da validação, construção da taxonomia, [30–32](#)

Instituições

- de saúde
 - NIC utilização do, [6](#)
 - requisito de computadores para NIC, [12](#)
 - sistemas de classificação, [23](#)
- encaminhamento, [329](#)
- governamentais
 - assistência quanto a recursos financeiros, [637](#)
 - controle do ambiente: segurança, [141](#)
- prática clínica da NIC, [47–58](#)
 - escala da NIC para complexidade do paciente, [58](#)
 - etapas para implementação da NIC, [49](#)
 - lista de leituras úteis para, [50–51](#)
 - pesquisa de efetividade, [637](#)
 - sistema manual ou computadorizado, [48](#)
 - visão geral de, [47](#)

Instituições de cuidado de saúde

- encaminhamento e, [329](#)
- NIC usada por, [6](#)
- requisição de computadores para NIC, [12](#)

sistemas de classificação de, 23

Instituições de prática clínica, implementação de NIC na, 47–58
como sistema manual ou computadorizado, 48
elementos de dados para pesquisa eficiente, 54–57
escala da NIC para complexidade do paciente, 58
etapas para, 49
lista de leituras úteis para, 50–51
visão geral do, 47

Instituições do estado, assistência quanto a recursos financeiros, 637

Instituições federais, assistência quanto a recursos financeiros, 637

Instituições governamentais

ambiente: segurança, 141

assistência quanto a recursos financeiros, 637

Instituições provedoras, processo de encaminhamento e, 329. *See also* Instituições de saúde

Insuficiência venosa, 220

Interferência eletromagnética, desfibriladores como, 280–281

Intermediação cultural

definição e atividades de intervenção, 259

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

International Classification of Diseases (ICD) (Classificação Internacional de Doenças/CID), 72

Interpretação de dados laboratoriais

definição e atividades de intervenção, 479

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Intervenção na crise

definição e atividades de intervenção, 254

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Intervenções. *See also* Taxonomia das Intervenções de Enfermagem

adequada para assistentes de enfermagem, 814

adequada para RNS com educação pós-básica, 815

alteração de atividades nas, 10–11

construção da taxonomia, 28–32

decisão de utilização de um tipo, 9

desenvolvimento da comunidade, 37–38

diretrizes para revisão, 838–840

diretrizes para submissão de novas ou revisadas, 828–831

desenvolvimento e princípio do refinamento, 828–830

forma de informação demográfica, 830–831

materiais necessários, 828

processo de revisão, 828

enfermagem central, 35–36

ensino dos estudantes de enfermagem, 59, 801–813

exigências de tempo

15 minutos ou menos, 816

16 a 30 minutos, 817–818

31 a 45 minutos, 819

46 a 60 minutos, 320

60 minutos ou mais, 321–322

identificação da maior utilidade, 10

linguagem padronizada para, 3–4, 61

lista

geração de um lista inicial, 25–26

lista de refinamento de, 27–28

modificações sugeridas para, 4

novas

definição, 9

seleção

do diagnóstico em enfermagem, 45

para paciente particular, 44–47

testes clínicos e refinamento, 32–36

Intervenções essenciais, 767

enfermagem ambulatorial, 769

enfermagem anestésica, 780

enfermagem corretiva, 769

enfermagem de bordo, 771

enfermagem de cuidados críticos, 770

enfermagem de cuidados paliativos, 770

enfermagem de saúde escolar, 784

enfermagem de saúde pública e comunitária, 785

enfermagem de dependência química, 781

enfermagem dermatológica, 771

enfermagem do controle da dor, 772

enfermagem em neurociência, 772

enfermagem em saúde ocupacional, 773

enfermagem endovenosa, 775

enfermagem escolar, 776

enfermagem forense, 776

enfermagem gastroenterológica, 777

enfermagem genética, 777

enfermagem gerontológica, 778

enfermagem holística, 778

enfermagem médico-cirúrgica, 779

enfermagem na dependência química, 767

enfermagem na emergência, 774

enfermagem na incapacidade desenvolvimental, 782

enfermagem na lesão da coluna espinal, 782

enfermagem na reabilitação, 783

enfermagem na saúde da mulher, 784

enfermagem nefrológica, 785

enfermagem neonatal, 786

enfermagem obstétrica, 788

enfermagem oftálmica, 788

enfermagem oncológica pediátrica, 773

enfermagem oncológica, 789

enfermagem ortopédica, 789

enfermagem otorrinolaringológica e de cabeça e pescoço, 790

enfermagem para controle à infecção e na Epidemiologia, 787

enfermagem paroquial, 768

enfermagem pediátrica, 791

enfermagem perioperatória, 792

enfermagem psiquiátrica de crianças e adolescentes, 783

enfermagem psiquiátrica/saúde mental, 793

enfermagem radiológica, 794

enfermagem urológica, 795

enfermagem vascular, 795

lista de, 767–768

Intervenções NIC usados na prevenção contra doenças, 3

choque, 215–216, 801–813

controle do murido, 618

- ensino de prevenção cuidados com os pés, 337–338
- fanatismo religioso, 641, 801–813
- gestação, 394
- lesões da pele, 732
- lesões do esporte, 492–493, 801–813
- lesões orais, 555
- nascimento pré-termo, 576–577
- suicídio, 699–700, 801–813
- úlceras de pressão, 728, 801–813
- uso de substâncias, 295, 801–813
- violência, 142

Intestino

controle

- controle da diarreia e, 242
- controle de constipação/impactação, 242
- definição e atividades de intervenção, 472
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

cuidado na incontinência

- conduta no prolapso retal, 652
- definição e atividades de intervenção, 473
- encoprese, 474
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

irrigação

- definição e atividades de intervenção, 475
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

sons

- alimentação e, 285
- controle da diarreia e, 242

treinamento

- definição e atividades de intervenção, 476
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Intravenosa (IV)

inserção

- definição e atividades de intervenção, 740
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

líquidos

- administração de nutrição parenteral total (NPT), 548
- conduta na hiperglicemia, 441
- controle da hipotermia, 450
- controle da hipovolemia de volume de líquidos intravasculares, 451–452
- reposição rápida de líquidos, 496
- tratamento para exposição ao calor, 194
- tratamento, 437

terapia

- administração de medicamentos, 505
- controle da hipovolemia do volume de líquido intravascular, 451–452
- definição e atividades de intervenção, 331
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- reposição rápida de líquidos, 496

Irmãos

- apoio, 477–478
- preparação do parto e, 538

Irrigação

- cuidado das lesões, 491
- cuidados da audição, 563

intestinal

definição e atividades de intervenção, [475](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

vesical

definição e atividades de intervenção, [749](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Irritabilidade vertebral, posicionamento neurológico e, [600](#)

IV (intravenosa). *See* [Intravenosa \(IV\)](#)

Jovens, prevenção contra lesões esportivas, [492–493](#)

Julgamentos, modelo OPT de, [69](#)

Lactação

aconselhamento

definição e atividades de intervenção, [481–482](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

supressão

definição e atividades de intervenção, [483](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Lactose, controle da diarreia e, [242](#)

Lavadora, atividades da vida diária, [172](#)

Laxantes

controle da constipação/impacção, [242](#)

controle da diarreia, [242](#)

Legislação, promoção para o controle de doenças transmissíveis, [290](#)

Leito

posicionamento e, [597](#)

prevenção de quedas e, [620](#)

Leitura, implementação de NIC nas agências de prática clínica, [50–51](#)

Lesão

deambulação na recuperação de, [378](#)

lesão iatrogênica, na cirurgia, [223](#)

Medical Device Reporting System e, [466](#)

ocupacional, [143](#)

precauções contra convulsões, [253](#)

prevenção de quedas e, [620–621](#)

primeiros socorros para lesões menores, [692](#)

relacionadas ao esporte, [492–493](#), [801–813](#)

riscos ambientais e, [134](#)

sensibilidade alterada e, [684](#)

Lesão iatrogênica, precauções cirúrgicas, [223](#)

Lesões

cuidado com as unhas para prevenção de lesões de pele, [555](#)

saúde oral

prevenção de lesões oral, [555](#)

restauração para paciente com lesões na mucosa ou lesões dentárias, [557](#)

Lesões da pele, cuidado com as unhas para prevenção de, [732](#)

Lesões ocupacionais, segurança do trabalhador e, [143](#)

Licença, NIC, [12–13](#), [16–17](#)

Limites

definição e atividades de intervenção, [495](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Linfonodos, exame durante o exame das mamas, [497](#)

Linguagem. *See also* [Comunicação](#)

convenções NIC, [4](#)

melhora do conhecimento sobre saúde, [673](#)

padronizada

ajuda e pesquisa efetiva em, [38](#)

aplicação para intervenções, [3–4](#)

documentação do cuidado do paciente, [60–65](#)

- ensino de estudantes de enfermagem, 59
- primeiro uso em enfermagem, 7
- razões para intervenções da NIC, 20–21
- vantagens do uso de, 68–69

Linguagem padronizada

- ajuda e pesquisa efetiva na, 38
- aplicada a intervenções, 3–4
- documentação do cuidado do paciente, 60–65
- ensino de estudantes de enfermagem, 59
- primeiro uso em enfermagem, 7
- razões para desenvolvimento de NIC, 20–21
- vantagens do uso, 68–69

Líquido cerebrospinal (CSF)

- derivação ventricular externa (DVE), 294
- pressão intracraniana (PIC) e, 612

Líquido com mecânio

- amnioinfusão para diluição, 144
- nascimento e, 536–537

Líquidos

- administração intraóssea, 512
- amamentação e, 132–133
- controle da hipervolemia para sobrecarga de líquidos, 444–445
- controle da hipovolemia do volume de líquidos intravasculares, 451–452
- controle da nutrição, 549
- controle da quimioterapia, 622
- controle do edema cerebral, 206–207
- controle hidoeletrolítico
 - definição e atividades de intervenção, 439–440
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- cuidados cardíacos e, 197
- intravenosa (IV)
 - inserção, 740
 - terapia, 331
- monitoramento
 - definição e atividades de intervenção, 436
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- perda
 - controle da hipovolemia, 451
 - febre e, 402
- reposição rápida de líquidos
 - definição e atividades de intervenção, 496
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- terapia nutricional, 552–553
- tratamento
 - definição e atividades de intervenção, 437–438
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- tratamento para exposição ao calor, 194

Literatura, biblioterapia, 189

LMDs (dextranas de baixo peso molecular), promoção da perfusão cerebral e, 208

Local de enxerto, cuidados com a pele, 581

Local de punção, na amostra de sangue capilar, 663

Local doador, cuidados com a pele, 580

Má prática, testemunho e, 273

Mães

- aconselhamento para lactação, 481–482
- cuidado durante o parto, 570–572
- cuidado na gestação de alto risco, 422–423
- cuidado pós-parto, 574
- cuidado pré-natal, 606–607
- indução do trabalho de parto, 447
- promoção da paternidade/maternidade, 578
- supervisão, na gravidez tardia, 707–708
- supressão da lactação, 483
- supressão do trabalho de parto, 576

Magnésio

- hipermagnesemia, 307
- hipomagnesemia, 315

Mamadeira

- cuidado infantil, 275
- cuidado no nascimento do filho, 123
- ensinando o preparo do parto, 538
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Mamilos

- assistência na amamentação, 132–133
- exame durante o exame das mamas, 497
- preparo para amamentação, 538

Manitol, promoção da perfusão cerebral e, 208

Manobra de Heimlich, cuidados de emergências e, 325

Manobra de Valsalva

- evitar o edema cerebral, 206–207
- prevenir episódios cardíacos agudos, 198–199

Manutenção

- assistência para manutenção do lar
 - definição e atividades de intervenção, 484
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- cateter central de inserção periférica (PICC), 203–204
- cuidados com aparelho gessado, 420
- fase de desenvolvimento da classificação NIC, 36–41
- integridade da pele perineal, 587
- manutenção da saúde oral
 - definição e atividades de intervenção, 555
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- manutenção de acesso para diálise
 - definição e atividades de intervenção, 420
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- manutenção de dispositivos de acesso venoso (DAV)
 - definição e atividades de intervenção, 107
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- manutenção do processo familiar
 - definição e atividades de intervenção, 392
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Manutenção de acesso para diálise

definição e atividades de intervenção, 282

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Manutenção de dispositivos de acesso venoso (DAV)

definição e atividades de intervenção, 107

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Manutenção de processo familiar

definição e atividades de intervenção, 392

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Mãos, toque terapêutico, 716

MAP (pressão arterial média), monitoramento na promoção da perfusão cerebral, 208

Marketing social

definição e atividades de intervenção, 689

tempo e necessidade educacional par intervenções NIC, 801–813

Massagem

aromaterapia e, 162

como técnica para acalmar, 106

como um tipo de estimulação da pele, 261

definição e atividades de intervenção, 502

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

promoção da interação em recém-nascidos e, 149–150

Material de contraste, alergia ao

controle, 122

controle da anafilaxia, 148

Maternidade. *See also* Mães

Maternidade, monitoramento de sinais vitais, 406

Mediação antipsicótica, para controle da alucinações, 130

Mediação de conflitos

definição e atividades de intervenção, 241

desenvolvimento: adolescente e, 276

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

intermediação cultural, 259

melhora da comunicação e, 241

Mediações

mediação antipsicótica, para controle de alucinações, 130

mediação de conflitos, 241

definição e atividades de intervenção, 241

desenvolvimento do adolescente e, 276

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

intermediação cultural, 259

Medicações

administração de

definição e atividades de intervenção, 504–517

enteral, 506

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

inalação, 507

interpleural, 508

intradérmica, 509

intraespinal, 510

intramuscular (IM), 511

intraóssea, 512

intravenosa (IV), 505

- nasal, 513
- ocular, 514
- oral, 515
- otológica, 516
- reservatório ventricular, 517
- retal, 518
- subcutânea, 519
- tópica, 520
- vaginal, 521

alergia a

- controle da, 122
- controle da anafilaxia, 148

analgesia controlada pelo paciente (PCA), 149

comportamento autoagressão, controle do, 229–230

controle da asma, 165

controle da decepção, 266

controle da náusea, 539

controle do edema cerebral, 206–207

controle

- administração de analgésicos, 150

- definição e atividades de intervenção, 522

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

cuidados de emergência, 222

cuidados no parto cesáreo, 573

efeitos da quimioterapia, tratamento, 622

eletroconvulsoterapia, 300–301

ensinando os pacientes a tomar, 347–348

IADL (atividades essenciais da vida diária), 172

intravenosas (IV)

- inserção, 740

- terapia, 331

overdose, 299

precauções contra aspiração para, 167

precauções contra convulsões, 253

prescrição

- definição e atividades de intervenção, 524

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

problemas de deglutição em pessoas à beira da morte, 532

promoção da perfusão cerebral, 208

reconciliação

- definição e atividades de intervenção, 525

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

sangramento gastrointestinal, 659

supressão da lactação, 483

taxonomia para, 78

verificação de substâncias controladas, 251

Medical Device Reporting System, 466

Medicamento otológico, 516

Medicamento sem receita

- overdose, 299

- prescrições, 522

Medicamentos oftálmicos, 514

Médico da família, usando as intervenções NIC, 9–10

Medidas por espirometria, 165

Medo

cuidado no momento da morte, [532](#)

redução da ansiedade, [156](#)

Meias antitrombose

cuidados com o repouso no leito e, [644](#)

precauções contra embolia e, [324](#)

Melhora da comunicação

construção de relação complexa para, [639](#)

déficit auditiva, [237](#)

déficit da fala, [238](#)

déficit visual, [239](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

hiperatividade/desatenção e, [231](#)

mediação de conflitos, [241](#)

taxonomia para, [82](#)

Melhora da imagem corporal

definição e atividades de intervenção, [457–458](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

melhora do enfrentamento para, [334](#)

Melhora do enfrentamento

aconselhamento sexual, [686](#)

atividades de intervenção na crise, [254](#)

controle do comportamento, [229–230](#)

Família que espera um filho, [398](#)

intervenções de aconselhamento, [119](#)

melhora da imagem corporal, [457](#)

melhora

definição e atividades de intervenção, [334–335](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

promoção da integridade familiar e, [397](#)

taxonomia para, [83](#)

Melhora do papel

definição e atividades de intervenção, [569](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Membrana mucosa, supervisão da pele e, [584](#)

Memória

estimulação cognitiva como assistência para a memória, [226](#)

terapia de recordações, [635](#)

Menores, proteção dos direitos do paciente, [286](#)

Mentol, como um tipo de estimulação da pele, [261](#)

Metas/Objetivos

assistência na automodificação, [180–181](#)

contrato com o paciente e, [249–250](#)

estabelecimento de metas mútuas, [529–530](#)

Micção induzida

definição e atividades de intervenção, [531](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Miccional para incontinência urinária, [531](#)

Mobilidade. *See also* [Imobilização](#)

assistência em autocuidado para pacientes com mobilidade limitada, [175](#)

exercício de equilíbrio e, [383](#)

mobilidade articular, [385](#)
restrição física da, [246–247](#)
terapia recreacional para, [601](#)
transferência, [720](#)

Mobilização familiar

definição e atividades de intervenção, [393](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Modelo de terminologia de referência (RT), [15–16](#)

Modelo OPT. *See* [Modelo Outcome-Present State \(OPT\)](#)

Modelo Outcome-Present State (OPT)

cliente no contexto da história, [68](#)
descrição do estado atual, [68](#)
julgamento, [69](#)
tomada de decisão e, [65–67](#)
tomada de decisão, [69](#)
visão geral do, [67](#)

Modelo RT (Terminologia de Referência), [15–16](#)

Modelos, para assistência no controle da raiva, [626](#)

Monitor cardíaco, cuidados de emergência, [222](#)

Monitoramento

aspiração, [167](#)
coagulação sanguínea, [656–657](#)
como função das intervenções de enfermagem, [9](#)
cuidadores atentos para sinais de estresse, [255](#)
diálise peritoneal, [283](#)
dispositivo vaginal para controle do pêssoário, [595](#)
dor das pessoas à beira da morte, [532](#)
eletrólitos
definição e atividades de intervenção, [320–321](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
equilíbrio ácido-básico
cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)
definição e atividades de intervenção, [115–116](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
estado pulmonar, estimulação a tosse, [718](#)
exposição a doenças transmissíveis, [290](#)
extremidades inferiores
definição e atividades de intervenção, [386–387](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
fetos, [403–406](#)
função cardíaca, [430–431](#)
função hepática, nos cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)
função neurológica
controle do delírio, [267](#)
definição e atividades de intervenção, [545–546](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
nos cuidados cardíacos da fase aguda, [198–199](#)
função renal, nos cuidados cardíacos da fase aguda, [198–199](#)
líquidos
definição e atividades de intervenção, [436](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
mamilos durante amamentação, [132–133](#)
nascimento, [570–571](#)

- nutrição, [551](#)
- oxigenoterapia, [564](#)
- paciente pós-parto, [574](#)
- pacientes pós-anestesia, [154](#)
- para promoção da perfusão cerebral, [208–209](#)
- pré-natal, para mãe e criança, [606–607](#)
- pressão intracraniana (ICP), [612–613](#)
- recém-nascidos, [633](#)
- reflexo da córnea, [554](#)
- respiração
 - definição e atividades de intervenção, [649](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- sangramento gastrointestinal, para choque hipovolêmico, [659](#)
- sangramento nasal, [660](#)
- sinais vitais
 - definição e atividades de intervenção, [687](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- sons intestinais, [472](#)

Monitoramento da política de saúde

- definição e atividades de intervenção, [675](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Monitoramento da pressão intracraniana (PIC)

- definição e atividades de intervenção, [612–613](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Monitoramento das extremidades inferiores

- definição e atividades de intervenção, [386–387](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Monitoramento eletrônico fetal

- definição e atividades de intervenção, [403–407](#)
- durante o parto, [404–405](#), [572](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- pré-parto, [406–407](#)

Monitoramento hemodinâmico invasivo

- definição e atividades de intervenção, [430–431](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Mordidas/picadas de insetos

- controle de alergia, [122](#)
- tratamento da anafilaxia, [148](#)

Morte

- cuidados do processo de pesar e, [532](#)
- cuidados pós-morte, [533](#)
- Medical Device Reporting System e, [466](#)

Morte perinatal, facilitação do processo de pesar, [590](#)

Motivações, fortalecimento da autopercepção, [182](#)

Movimento. *See* [Imobilização](#); *See also* [Mobilidade](#)

Movimento torácico, na monitoramento respiratório, [649](#)

Mucosa oral, [557](#)

Muletas, para exercício ambulatorial, [378](#)

Músculos

- administração de medicamentos intramuscular, [511](#)
- alongamento, [377](#)

controle, [380–381](#)

espasmos

aplicação de calor/frio para, [194–195](#)

diminuição com a estimulação da pele, [261](#)

exercícios para a musculatura pélvica, [585](#)

fortalecimento, [332–333](#)

relaxamento muscular progressivo, [534](#)

terapia de relaxamento para tensão muscular, [640](#)

Músculos urogenitais, exercícios para musculatura pélvica, [585](#)

Músculos ventilatórios, posicionamento para o melhor uso dos, [330](#)

Musicoterapia

definição e atividades de intervenção, [535](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

NANDA

origem da NIC. *See* [North American Nursing Diagnosis Association \(NANDA\)](#)

Narcóticos

administração de analgésicos

intraespinal, [151](#)

visão geral do, [150](#)

verificação de substância controlada, [251](#)

Nariz

administração de medicamento nasal, [513](#)

redução do sangramento, [660](#)

Nascimento. *See also* [Parto](#)

cuidados durante o parto, [570–572](#)

cuidados pós-parto, [574](#)

definição e atividades de intervenção, [536–537](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

parto de alto risco, [572](#)

trabalho de parto

indução do, [447](#)

supressão do, [576–577](#)

Nascimento de pré-termo, supressão do trabalho de parto para evitar, [576–577](#)

National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina), [5](#)

Náusea

acupressão para, [120](#)

controle da quimioterapia, [622](#)

controle da

definição e atividades de intervenção, [539–540](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

NDEC (Nursing Diagnosis Extension Classification), [7](#)

Necessidade de tempo, intervenções NIC

intervalos de tempo por frequência e porcentagem, [322](#)

intervenções que exigem 15 minutos ou menos, [816](#)

intervenções que exigem 16 a 30 minutos, [817–818](#)

intervenções que exigem 31 a 45 minutos, [819](#)

intervenções que exigem 46 a 60 minutos, [320](#)

intervenções que exigem mais de 1 hora, [321–322](#)

lista por tipo de intervenção, [801–813](#)

visão geral da, [799](#)

Necessidade educacional, intervenções NIC, [38](#), [799](#), [801–813](#)

Negociação, contrato com o paciente para reforçar alteração comportamental, [249–250](#)

Neonato

cuidados com o recém-nascido, [631–632](#)

fototerapia, [411](#)

monitoramento do estado fisiológico do recém-nascido, [633](#)

NIC. Clasificação das Intervenções em Enfermagem (NIC)

Níveis de proteína, monitoramento no soro, [320](#)

Níveis séricos, [303–319](#)

controle

controle de eletrólitos/hídrico, [439](#)

definição e atividades de intervenção, 302

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

hipercalcemia, 303–304

hipercalemia, 305–306

hiperfosfatemia, 310

hipermagnesemia, 307

hipernatremia, 308–309

hipocalcemia, 311–312

hipocalemia, 313–314

hipofosfatemia, 318–319

hipomagnesemia, 315

hiponatremia, 316–317

controle da hipervolemia, 444

monitoramento

definição e atividades de intervenção, 320–321

equilíbrio ácido-básico nos cuidados cardíacos: fase aguda, 198–199

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

glicose, na promoção da perfusão cerebral, 208

hídrica, 436

NMDS (Nursing Minimum Data Set), 23

NMMDS (Nursing Management Minimum Data Set), 8

NOC. *See* [Nursing Outcomes Classification \(NOC\)](#)

Nomenclatura. *See* [Linguagem padronizada](#)

Nomes de rótulos, intervenções, 4, 829

Normas para codificação, taxonomia NIC, 73

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

formação da Aliança NNN, 7–8

guias curriculares para, 38–39

integração da Outcome Present State Test with, 67

intervenções NIC ligadas à, 4

princípio da NIC, 19

Número de identificação facilitado, na pesquisa efetiva para enfermeiros, 54

Nursing Diagnosis Extension Classification (NDEC), 7

Nursing Diagnosis Extension Classification, 7

uso da taxonomia em, 72

Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS), 8

Nursing Minimum Data Set (NMDS), 23

Nursing Outcomes Classification (NOC)

convocação de revisores experientes, 838–840

estrutura do planejamento do cuidado de, 15

exemplo de resultado, 46–47

guias curriculares para, 38–39

implementação de, 14–15

integração da Outcome Present State Test (OPT), 66–67

intervenções NIC ligadas à, 4

uso de guias em, 40

visão geral do, 6–7

Nutrição. *See also* [Dieta](#); *See also* [Alimentos](#)

aconselhamento

definição e atividades de intervenção, 552–553

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

administração de nutrição parenteral total (NPT), [548](#)

alimentação por sonda enteral, [124–125](#)

bebê

0–3 Meses, [349](#)

4–6 meses, [350](#)

7–9 meses, [351](#)

10–12 meses, [352](#)

conduta no choque e, [210–211](#)

controle

definição e atividades de intervenção, [549](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidados do paciente que não pode alimentar-se sozinho, [126](#)

cuidados no pré-natal, [606–607](#)

ensino: dieta prescrita, [339](#)

infantil

13–18 meses, [353](#)

19–24 meses, [354](#)

25–36 meses, [355](#)

monitoramento

definição e atividades de intervenção, [551](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

taxonomia para, [77](#)

terapia

definição e atividades de intervenção, [552–553](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Nutrição infantil, [566–567](#)

OASIS (Outcome and Assessment Information Set), 4

Obstetrícia

- cuidado durante o parto, 570–572
- cuidado na gestação de alto risco, 422
- indução do trabalho de parto, 447
- monitoramento eletrônico fetal
 - durante o parto, 404
 - pré-parto, 406
- supressão do trabalho de parto, 576
- ultrassonografia, 731

Occupation Safety and Health Administration (OSHA)

- proteção contra riscos ambientais e, 134
- segurança do trabalhador e, 143

Oclusões. *See* [Cuidados na embolia](#)

Olhos

- administração de medicamentos, 514
- cuidados com lentes de contato, 487
- déficit visual, 239

Oncologia, enfermagem oncológica pediátrica, 773

Operações. *See* [Cirurgia](#)

Opioides

- administração de analgésico
 - intraespinal, 151
 - visão geral de, 150
- verificação de substância controlada, 251

Orçamento, gerenciamento de recursos financeiros, 638

Organizações ambientais, 139

Órgãos vitais, captação de órgãos, 558

Orientação à realidade

- definição e atividades de intervenção, 560–561
- controle de alucinações e, 130–131
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Orientação antecipada

- definição e atividades de intervenção, 559
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- melhora da imagem corporal e, 457–458

Orientação aos pais/responsáveis

- adolescentes, 565
- bebês, 566–567
- definição e atividades de intervenção, 565–567
- estimulação do bebê
 - 0–4 meses, 340
 - 5–8 meses, 341
 - 9–12 meses, 342
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC
- família que espera um filho, 568
- intervenções, 801–813
- nutrição do bebê
 - 0–3 meses, 349

4–6 meses, [350](#)

7–9 meses, [351](#)

10–12 meses, [352](#)

nutrição infantil

13–18 meses, [353](#)

19–24 meses, [354](#)

25–36 meses, [355](#)

segurança do bebê

0–3 meses, [359](#)

4–6 meses, [360](#)

7–9 meses, [361](#)

10–12 meses, [362](#)

segurança infantil

13–18 meses, [363](#)

19–24 meses, [364](#)

25–36 meses, [365](#)

Orientação dos funcionários, [603](#)

OSHA (Occupation Safety and Health Administration/Segurança Ocupacional e Administração em Saúde)
proteção contra riscos ambientais e, [134](#)

segurança do trabalhador e, [143](#)

Outcome and Assessment Information Set (OASIS), [4](#)

Ouvidos

administração de medicamentos, [516](#)

cuidados da perfuração, [563](#)

déficit de audição e auxílio, [237](#)

testes para audição, [563](#)

Overdose, tratamento do uso de drogas, [299](#)

Ovulação, controle da tecnologia reprodutiva e, [645](#)

Oxigênio

amostras de sangue arterial para determinar o nível de, [665](#)

assistência da ventilatória e, [747](#)

conduta no choque e, [210–211](#)

cuidados de emergência e, [222](#)

no controle da anafilaxia, [148](#)

nos cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)

sangramento gastrointestinal e, [659](#)

terapia

definição e atividades de intervenção, [564](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Paciente incompetentes, proteção dos direitos do paciente, 286

Pacientes

- aceitação da intervenção pelo, 45
- alimentação de pacientes que não podem se alimentar sozinhos, 126
- apoio espiritual, 371
- apoio familiar e, 393, 400
- assistência em autocuidado
 - alimentação, 171
 - banho/higiene, 174
 - IADL (atividades essenciais da vida diária), 172–173
 - transferência (posição do corpo), 175
 - uso do vaso sanitário, 176
 - vestir-se/arrumar-se, 177
- assistência na automodificação, 180–181
- assistência para manutenção do lar, 484
- assistência quanto a recursos financeiros, 637
- colaboração com cuidadores no estabelecimento de objetivos, 529–530
- coleta de dados forenses, 409–410
- conforto, 138
- contenção física de, 246–247
- contrato
 - definição e atividades de intervenção, 249–250
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- controle da dor, 291–292
- controle de alucinações, 130–131
- controle do humor, 453–455
- cuidados com prótese, 616
- enfermeira deduzindo histórico do paciente, 67–68
- estabelecimento de limites para comportamento aceitável, 495
- facilitação da autorresponsabilidade, 183
- facilitação da licença para facilidade do cuidado em saúde, 494
- facilitação do crescimento espiritual, 372
- facilitação do humor, 456
- fortalecimento da autocompetência, 169
- fortalecimento da autoestima, 178–642
- fortalecimento da autopercepção, 182
- fortalecimento da segurança, 680
- guia de sistema de saúde para localização de serviços apropriados, 676–677
- orientação à realidade, 560–561
- posicionamento
 - conforto na cadeira de rodas e, 599
 - intraoperatório, 598
 - para conforto e bem-estar, 597
 - posicionamento neurológico para condições espinais/vertebrais, 600
- precauções contra fuga, 413
- processo de inserção, 137
- proteção contra infecção, 471
- proteção dos direitos do paciente
 - definição e atividades de intervenção, 286
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- reconciliação de medicamentos, 525
- relato de incidentes, 466
- resultados
 - NIC, 6

- pesquisa efetiva para enfermeiros, 55
- seleção de intervenção para, 44–45
- taxonomia para educação do paciente, 83
- toque e, 715

Pacientes incapacitados, proteção dos direitos do paciente, 286

Pacificadores

- calma com, 106
- cuidado no desenvolvimento de crianças pré-termas, 275

Padrões

- avaliação de desempenho, 186
- monitoramento de políticas de saúde, 675

Pagamento

- fonte de gerenciamento de caso, 201
- para consultas, 243

Pais

- educação sexual e, 367
- facilitação do processo de pesar, 590
- facilitação no processo de culpa, 258
- família que espera um filho, 398
- identificação de risco dos pais, 654
- promoção da normalidade para criança doente ou incapaz, 547
- promoção da paternidade/maternidade
 - definição e atividades de intervenção, 578–579
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- treinamento do uso das esfíncteres e, 368

Parâmetros hemodinâmicos

- controle hídrico, 437, 440
- cuidados cardíacos: fase aguda e, 198–199
- monitoramento hemodinâmico invasivo, 430–431
- monitoramento hídrico, 436
- promoção da perfusão cerebral e, 208
- reposição rápida de líquidos, 496

Parceiros no lar, apoio à proteção contra abuso, 100–101

Partes do corpo

- cuidados com a tração/imobilização, 719
- diminuição da pressão em, 611
- imobilização, 461

Parto. *See also* Nascimento; *See also* trabalho de parto

- cuidados durante o parto, 570–572
- cuidados pós-parto, 574
- preparação
 - definição e atividades de intervenção, 538
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Parto de alto risco, cuidado durante o parto, 572

Parto vaginal, parto de alto risco, 572

PCA (Analgésia controlada pelo paciente)

- definição e atividades de intervenção, 149
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Pediatria, controle da imunização/vacinação, 463

Pele

- administração de medicamentos via, 520

controle do prurido, 618

cuidado

definição e atividades de intervenção, 580–581

enfermeiros dermatológicos, 813

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

local da doação, 580–581

local de enxerto, 581

cuidados com os pés, 588

estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS), 544

integridade da pele perineal, 587

massagem para estimulação, 502

monitoramento das extremidades inferiores, 386–387

supervisão

definição e atividades de intervenção, 584

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

testes de administração de medicamentos: intradérmica e, 509

Pensamento disfuncional, 227

Pensamento/opinião

fortalecimento da autopercepção, 182

medicação de conflito, 527

Percepção. *See also* Funções sensitivas

adaptação a distúrbios de capacidade de percepção, 541

controle da negligência unilateral, 541

Percussão, fisioterapia respiratória e, 648

Perda de sangue. *See also* Sangramento

controle do choque, 213

estimativa após o nascimento, 536

PERF (Taxa de pico de fluxo expiratório), 165

Perfusão tecidual

conduta no choque

cuidados cardíacos, 212

geral, 210–211

vasogênico, 214

controle da anafilaxia, 148

taxonomia para, 81

Perfusão, cuidados cardíacos e, 197

Perigo, ambiental

comunidade e, 139

preparação do lar, 140

prevenção de violência, 142

segurança do trabalhador, 143

segurança, 141

Períneo

banho, 187

nascimento e, 536–537

Peri-Wash, cuidado: na incontinência intestinal, 473

Pés

banho, 187

cuidados com os pés

definição e atividades de intervenção, 588

ensino de prevenção, 337–338

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

monitoramento das extremidades inferiores, 386–387

Pescoço, enfermagem otorrinolaringológica e de cabeça/pescoço, 790

Peso

conduta nos transtornos alimentares, 127–128

controle da demência, 269–270

controle

definição e atividades de intervenção, 593

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

cuidado infantil, 188

ganho assistencial

definição e atividades de intervenção, 591

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

melhora da imagem corporal e, 457–458

monitoramento nutricional e, 551

redução de ansiedade

definição e atividades de intervenção, 592

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Peso corporal

assistência na redução, 592

controle do, 593

Peso corporal

assistência para aumentar o peso, 591

controle do, 593

Pesquisa

coleta de dados

definição e atividades de intervenção, 594

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

início da NIC, 19

métodos na NIC, 5

pesquisa efetiva

desenvolvimento de, 39–40

elementos para, 54–57

implementação da NIC nas agências de prática clínica, 48

linguagem padronizada para, 63

seleção da intervenção para paciente particular, 45

Pesquisa efetiva

desenvolvimento de, 39–40

elementos de dados para, 54–57

implementação de NIC em agências de prática clínica, 48

linguagem padronizada para, 63

Peste, preparação contra o bioterrorismo para, 536

Physicians' Current Procedural Terminology (CPT) Manual, 22

Placenta

melhora da perfusão placentária, 629–630

nascimento e, 536–537

útero pré-parto e, 662

Planejamento da implementação, 48

Planejamento dos cuidados

estrutura da NIC e NOC em, 15

transcrição de prescrições e, 609

Planejamento dos negócios, gerenciamento de recursos financeiros, 638

Planejamento familiar
concepção, 394
definição e atividades de intervenção, 394–395
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
gestação não planejada, 395
infertilidade, 396

Plano de alta
contenção de custos e, 260
definição e atividades de intervenção, 129
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Políticas
administração de medicamentos, 504
captação de órgãos, 558
monitoramento da política de saúde, 675

Porta (desvios), implantada (manutenção DAV), 107

Porta implantada, manutenção DAV e, 107

Posição da cabeceira da cama, promoção da perfusão cerebral, 208

Posição da cabeceira da cama, promoção da perfusão cerebral, 208

Posição de Trendelenburg, para conduta no choque vasogênico, 214

Posicionamento
administração de medicamentos e, 516, 514
assistência em autocuidado e, 175
cadeira de rodas, 599
definição e atividades de intervenção, 597–598
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
intraoperatório, 598
músculos ventilatórios e, 330
neurológico, 601
neurológico para condições espinhais/vertebrais, 600
para conforto e bem-estar, 597
para pacientes em cadeiras de rodas, 599

Posicionamento neurológico, para condições espinhais/vertebrais, 601

Possibilidades, seleção da intervenção para paciente, 45

Postura
exercícios de equilíbrio e, 383
promoção da mecânica corporal e, 503

Potássio
hipercalemia, 305–306
hipocalemia, 313–314

PPC (pressão de perfusão cerebral)
monitoramento, 208
pressão intracraniana (PIC) e, 612

Precaução contra aspiração
definição e atividades de intervenção, 167
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Precauções contra embolia
definição e atividades de intervenção, 324
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Precauções contra fuga
definição e atividades de intervenção, 413

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Precauções contra hemorragia subaracnoidea

definição e atividades de intervenção, [295](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Precauções contra hipertermia maligna

definição e atividades de intervenção, [442–443](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Precauções contra incêndio

definição e atividades de intervenção, [465](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Precauções no uso do laser

definição e atividades de intervenção, [485](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Precauções no uso do laser

definição e atividades de intervenção, [486](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Precauções no uso do torniquete pneumático

definição e atividades de intervenção, [717](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Precauções. *See also* [Riscos](#)

aspiração, [167](#)

circulação

definição e atividades de intervenção, [217](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cirúrgica

definição e atividades de intervenção, [223](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

convulsões

definição e atividades de intervenção, [253](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cuidados cardíacos

definição e atividades de intervenção, [196](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

embolia

definição e atividades de intervenção, [324](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

fuga do paciente

definição e atividades de intervenção, [413](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

hemorragia subaracnoidea

definição e atividades de intervenção, [295](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

hipertermia maligna

definição e atividades de intervenção, [442–443](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

incêndio

definição e atividades de intervenção, [465](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

no uso de artigos de látex

definição e atividades de intervenção, [486](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

no uso do laser

definição e atividades de intervenção, [485](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

sangramento

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

hemorragia, 656

na promoção da perfusão cerebral, 208

na quimioterapia, 622

torniquete pneumático

definição e atividades de intervenção, 717

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

transfusão de sangue, 185

Preceptores

definição e atividades de intervenção, 602–603

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

para estudantes, 602

para funcionários novos/transferidos, 603

Preparação para o bioterrorismo

controle de doenças transmissíveis, 290

definição e atividades de intervenção, 536

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

preparo da comunidade para catástrofes, 240

Preparo do funeral, 532

Preparo para catástrofes

bioterrorismo, 536

comunidade, 240

triagem, 724

Prescrições. *See also* [Medicações](#)

definição e atividades de intervenção, 524

overdose e, 299

sem prescrição médica, 522

Presença

definição e atividades de intervenção, 610

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

facilitação da presença da família e, 388

Preservativos, sexo seguro e, 366

Pressão arterial média (MAP), monitoramento da promoção da perfusão cerebral, 208

Pressão hidrostática, tratamento por hemofiltração e, 433

Pressão sanguínea

controle do choque e, 210

cuidados cardíacos e, 197

cuidados cardíacos: fase aguda e, 198–199

monitoramento de sinais vitais e, 687

monitoramento hemodinâmico invasivo, 430–431

regulação hemodinâmica, 432

Prevenção

constipação/impacção, 242

doenças transmissíveis, 290

episódios cardíacos agudos, 198–199

quedas, 620–621, 801–813

Prevenção de dependência religiosa

definição e atividades de intervenção, 641

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Prevenção de lesões do esporte

definição e atividades de intervenção, [492–493](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Prevenção de quedas

definição e atividades de intervenção, [620–621](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Primeiros socorros

definição e atividades de intervenção, [692](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Princípios do desenvolvimento, diretrizes para submissão de intervenções novas ou revisadas, [828–829](#)

Privacidade

controle do ambiente, [135](#)

promoção da integridade familiar e, [397](#)

Problemas na fala, [238](#)

Problemas no sistema de Omaha

intervenções NIC ligadas a, [4](#)

uso da taxonomia e, [72](#)

Procedimentos

assistência em exames e, [375](#)

ensinar ao paciente como se preparar para, [357](#)

informação sensorial preparatória, [685](#)

Procedimentos endovasculares, [435](#)

Procedimentos invasivos, facilitação da presença da família e, [388–389](#)

Processo de cicatrização

cuidado com o local de incisão, [467](#)

cuidados com a pele

local da doação, [580](#)

local do enxerto, [581](#)

lesões

drenagem fechada, [489](#)

geral, [488](#)

irrigação, [491](#)

queimaduras, [490](#)

toque terapêutico, [716](#)

Processo de inserção, controle do ambiente, [137](#)

Processo de mediação, para conflitos, [241](#)

Processo de pesar, educação do cuidador no, [255](#)

Processo de revisão, intervenções NIC, [828](#)

Produtos do sangue

administração

definição e atividades de intervenção, [428](#)

durante o sangramento, [656](#), [660–661](#)

avaliação de produto, [428](#)

disponibilidade de, [657](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Produtos residuais, conduta no choque e, [210–211](#)

Profissionalismo, avaliação de desempenho, [186](#)

Programa de bem-estar, desenvolvimento do, [615](#)

Programas

desenvolvimento de

definição e atividades de intervenção, [615](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

gerenciamento de recursos financeiros para apoio de, [638](#)

Prolapso genital, controle do pessário para, [595](#)

Prolapso, conduta no prolapso retal, [652](#)

Promoção da capacidade de resiliência

definição e atividades de intervenção, [647](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Promoção da integridade familiar, [397–399](#)

definição e atividades de intervenção, [397–399](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

família que espera um filho, [398–399](#)

Promoção da mecânica corporal

definição e atividades de intervenção, [503](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Promoção da normalidade

definição e atividades de intervenção, [547](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Promoção da perfusão cerebral

definição e atividades de intervenção, [208–209](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Promoção da perfusão cerebral

monitoramento, [208](#)

pressão intracraniana (PIC) e, [612](#)

Promoção da segurança em veículos

definição e atividades de intervenção, [681–682](#)

desenvolvimento do adolescente e, [276](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Promoção de vínculo

definição e atividades de intervenção, [149–150](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Promoção do envolvimento familiar

definição e atividades de intervenção, [400](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Promoção do exercício, [376–377](#)

alongamento, [377](#)

deambulação, [378](#)

definição e atividades de intervenção, [376](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

treino para fortalecimento, [332–333](#)

Proteção contra riscos ambientais

definição e atividades de intervenção, [134](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Protocolos de avaliação de residentes (RAP), [4](#)

Protocolos de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia

controle de arritmia e, [163](#)

cuidados de emergência e, [222](#)

Provedores de cuidado em saúde

conferência para cuidados multidisciplinares para profissionais de saúde, [257](#)

conferência para cuidados multidisciplinares, [257](#)

- exames proporcionados por, [375](#)
- gerenciamento de caso, [201–202](#)
- troca de informações nos cuidados de saúde, [678](#)

Proximidades, organizando intervenções dentro da taxonomia, [28](#)

Psiquiatria

- eletroconvulsoterapia (ECT) para doença psiquiátrica, [300–301](#)
- enfermagem na psiquiatria da crianças e adolescentes, [783](#)

PT (tempo de protrombina)

- cuidados na embolia e, [322](#)
- monitoramento para promoção da perfusão cerebral, [208](#)

PTT (tempo de tromboplastina parcial), [208](#), [322](#)

Puberdade, melhora da imagem corporal e, [457–458](#)

Pulmões

- assistência ventilatória, [747](#)
- fisioterapia respiratória para, [648](#)
- sons pulmonares na conduta do choque: cardiogênico, [210](#)

Pulmonar

- circulação, [323](#)
- cuidados na embolia, [322](#)
- estado
 - cuidados com o repouso no leito e, [644](#)
 - monitoramento da estimulação da tosse, [718](#)
 - monitoramento das precauções contra aspiração, [167](#)

Pulso, regulação hemodinâmica e, [432](#)

Punção de vaso

- amostra de sangue arterial, [665](#)
- amostra de sangue venoso, [666](#)
- definição e atividades de intervenção, [665–666](#)
- doação de sangue, [667](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- vaso cateterização, [664](#)

Punção venosa, administração de hemoderivados, [428](#)

Qualidade de vida, terapia de recordações, [635](#)

Qualidade do cuidado

apoio médico, [526](#)

supervisão de equipe, [417](#)

Queimadura, cuidado com lesões, [490](#)

Questões metodológicas, na classificação das intervenções de enfermagem, [24](#)

Questões, NIC, [8–17](#)

- Raciocínio clínico, modelo OPT de, 65–68
- Radioterapia
definição e atividades de intervenção, 624–625
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- Raiva
apoio emocional e, 328
assistência no controle da raiva
definição e atividades de intervenção, 626
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
facilitação do processo de perdão, 586
- RAP (protocolos de avaliação de residentes), 4
- Reação antígeno-anticorpo. *See* [Alergias](#)
- Reações sistêmicas, látex, 486
- Reagentes, para testes laboratoriais à beira do leito, 480
- Reanimação
definição e atividades de intervenção, 627–630
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
facilitação da presença da família e, 388–389
feto, 628
neonato, 629–630
- Reanimação cardiopulmonar, 279
- Recall*, terapia de reminiscência, 635
- Recém-nascidos. *See also* [Infantes](#)
alimentação por mamadeira, 123
assistência para amamentação, 132–133
cateter umbilical, 205
cuidado com a circuncisão, 221
cuidado no desenvolvimento para pré-termos, 274–275
cuidado pré-natal, 606–607
cuidado
definição e atividades de intervenção, 631–632
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
cuidados na audição, 563
cuidados pós-parto, 574
fototerapia: para redução dos níveis de bilirrubina, 411
monitoramento
definição e atividades de intervenção, 633
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
nascimento, 536–537
parto cesáreo e, 573
preparo para o parto, 538
promoção da interação, 149–150
reanimação, 629–630
sucção não nutritiva, 698
técnica para acalmar, 106
- Recuperação, pós-operatória, 356
- Recursos
alocação de recursos em época de desastres, 724
contenção de custos, 260

planejamento para prática da enfermagem, [22](#)

Redução da flatulência

definição e atividades de intervenção, [408](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Redução de sangramento: útero pré-parto, [662](#)

Redução do estresse por mudança

definição e atividades de intervenção, [607](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Reestruturação cognitiva

definição e atividades de intervenção, [227](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Reflexo da tosse, monitoramento para precauções contra aspiração, [167](#)

Reflexo de orientação da boca (*rooting*), [123](#)

Reflexo do engasgo, monitoramento como precauções contra aspiração, [167](#)

Reforços

definição e atividades de intervenção para deficiência na fala, [238](#)

no treinamento do uso do vaso sanitário, [474](#)

para controle da raiva, [626](#)

para modificação do comportamento, [234](#)

Registro clínico, preparo cirúrgico e, [224–225](#)

Registro de ações

definição e atividades de intervenção, [117](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Regras, monitoramento de políticas de saúde, [675](#)

Regulação da temperatura. *See also* [Temperatura corporal](#)

definição e atividades de intervenção, [713](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
intraoperatório, [714](#)

Regulação de humor/sono corporal, fototerapia: regulação do, [412](#)

Regulação hemodinâmica

definição e atividades de intervenção, [432](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Regulações do carrinho de emergência e, [327](#)

Regulamentações, monitoramento de políticas de saúde, [675](#). *See also* [Políticas](#)

Relacionamento

construção de relação complexa, [639](#)

controle da decepção, [266](#)

controle do delírio, [267–268](#)

fortalecimento da socialização, [690](#)

interpessoal, [462](#)

intervenção na crise, [254](#)

intervenções de aconselhamento, [119](#)

melhora do desenvolvimento

adolescente, [276](#)

criança, [277](#)

melhora do enfrentamento e, [334](#)

melhora do papel, [569](#)

mobilização familiar, [393](#)

pais-criança, [568](#)

promoção da integridade familiar, [397](#), [398](#)

promoção do envolvimento familiar, 400

Relacionamento dos pais e criança

cuidado neonatal no método canguru

definição e atividades de intervenção, 542–543

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

processo de interação e, 137

Relações interpessoais, controle de impulsos

treinamento, 462

Relato de incidentes

definição e atividades de intervenção, 466

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Relatório de alteração

definição e atividades de intervenção, 649

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Relatos

preparo cirúrgico e, 224–225

relato de incidentes, 466

relatório de alteração, 649

Relaxamento

acupressão para, 120

aromaterapia para, 162

cuidados cardíacos e, 196

exercício de alongamento e, 377

massagem, para, 502

no controle da asma, 165

preparação para o parto, 538

redução da ansiedade, 156

relaxamento muscular progressivo, 534

terapia recreacional para, 601

terapia

definição e atividades de intervenção, 640

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

treinamento autogênico para, 151

Relaxamento muscular progressivo

definição e atividades de intervenção, 534

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Relevando, facilitação do processo de perdão, 586

Religião

apoio à proteção contra abuso, 105

controle de natalidade e, 366

Relógio, fototerapia: regulação do humor/sono, 412

Representação da cinética familiar, na arteterapia, 164

Reprodução

controle da tecnologia reprodutiva

definição e atividades de intervenção, 645–646

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

ensino: sexualidade, 367

planejamento familiar

contracepção, 394

infertilidade, 396

prevenção contra gestação, 394

Reservatório ventricular, administração de medicamentos e, 517

Resolução da perda. *See* [Facilitação do processo de pesar](#)

Respiração. *See also* [Controle das vias aéreas](#)

assistência da ventilação, 747

controle da asma, 165

cuidado na embolia e, 323

cuidados cardíacos e, 197

estimulação a tosse e, 718

monitoramento

definição e atividades de intervenção, 649

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

na promoção da perfusão cerebral, 209

monitoramento de sinais vitais, 687

nascimento e, 536–537

taxonomia para controle, 80

técnica para acalmar, 106

triagem: centro de emergência e, 725

ventilação mecânica

desmame, 745–746

invasiva, 741–742

não invasiva, 743–744

Responsabilidade, facilitação da autorresponsabilidade, 183

Resposta hipermetabólica, 442

Ressentimento, facilitação do processo de perdão e, 586

Restrição de área

definição e atividades de intervenção, 650–651

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Resultados. *See also* [Nursing Outcomes Classification \(NOC\) \(Classificação dos Resultados de Enfermagem\)](#)

delegação de responsabilidade para paciente, 265

documentação do, 289

gerenciamento de caso, 201–202

ligados ao diagnóstico e à intervenção, 21

linguagem padronizada para, 61

pesquisa efetiva para enfermeiros, 55

realce no desenvolvimento do caminho crítico, 244

Retenção solitária, 626

Reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares

definição e atividades de intervenção, 257

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Revisores especialistas, 838

Revisores, CNC revisores especialistas, 838–840

Riscos. *See also* [Precauções](#)

aconselhamento genético, 419

aconselhamento na pré-concepção para redução de risco relacionado à gestação, 604–605

controle do ambiente e, 139, 141

identificação

definição e atividades de intervenção, 653–655

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

família que espera um filho, 654

genética, 655

prevenção de lesões do esporte, 492–493

prevenção de quedas, 620–621

prevenção do choque, [215–216](#)
prevenção do suicídio, [699–700](#)

quimioterapia e, [622](#)

segurança do trabalhador e, [143](#)

taxonomia para, [85](#)

taxonomia para comunidade, [91](#)

triagem de saúde, [669](#)

Ritmo cardíaco, cuidados cardíacos: fase aguda, [198–199](#)

Roupas

apoio ao sustento, [710](#)

assistência em autocuidado, [177](#)

eletroconvulsoterapia e, [300](#)

terapia com exercício

controle muscular, [380](#)

exercício ambulatorial, [378](#)

mobilidade articular, [385](#)

vestir, [753](#)

- Sal, precauções cardíacas, [196](#)
- Sala de operação, controle de infecção, [470](#)
- Saneamento, controle de doenças transmissíveis, [290](#)
- Sangramento
- administração intraóssea, [512](#)
 - alergia ao
 - controle da anafilaxia, [148](#)
 - definição e atividades de intervenção, [122](#)
 - aquisição de unidades de sangue de doadores, [667](#)
 - autotransfusão, [185](#)
 - conduta na hiperglicemia para níveis altos de glicose, [441](#)
 - conduta na hipoglicemia para níveis baixos de glicose, [448](#)
 - controle de hemorragia, [434](#)
 - hemofiltração, [433](#)
 - intravenosa (IV)
 - inserção, [740](#)
 - terapia, [331](#)
 - precauções em relação, [185](#)
 - terapia com sanguessugas e, [668](#)
 - terapia por hemodiálise, [429](#)
 - tipos, [428](#)
- Sangramento. *See also* [Perda de sangue](#)
- precauções. *See also* [Hemorragia](#)
 - definição e atividades de intervenção, [656](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - na promoção da perfusão cerebral, [208](#)
 - na quimioterapia, [622](#)
 - precauções contra hemorragia subaracnoide, [435](#)
 - redução
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - ferimentos, [658](#)
 - gastrointestinal, [659](#)
 - monitoramento, [657](#)
 - nasal, [660](#)
 - primeiros socorros para controlar, [692](#)
 - útero pós-parto, [661](#)
 - útero pré-parto, [662](#)
- Saúde mental, enfermagem psiquiátrica/saúde mental, [793](#)
- Saúde oral
- controle da
 - definição e atividades de intervenção, [555](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - cuidado da
 - controle da quimioterapia e, [622](#)
 - precauções contra sangramento, [656](#)
 - promoção
 - definição e atividades de intervenção, [556](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - restauração da
 - definição e atividades de intervenção, [557](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Saúde pública, 785

Segurança

bebês

0–3 meses, 359

4–6 meses, 360

7–9 meses, 361

10–12 meses, 362

controle do ambiente e, 135, 141

cuidados no repouso no leito e, 644

desenvolvimento da criança e, 276

desenvolvimento do adolescente e, 276

exclusão, 626

infantil

13–18 meses, 363

19–24 meses, 364

25–36 meses, 365

melhora da segurança, 680

no controle da decepção, 266

no controle da demência, 269–271

preparação do lar e, 140

promoção da segurança em veículos, 681–682

segurança do trabalhador, 143

sexo seguro, 366

supervisão para, 709

taxonomia NIC para, 74, 84–85

útero pré-parto e, 662

Segurança do trabalhador, controle do ambiente e, 143

Segurança física, 680. *See also* Segurança

Segurança psicológica, 680

Sensação

controle da sensibilidade periférica, 684

relaxamento muscular progressivo, 534

Sentimentos. *See also* Emoções

biblioterapia e, 189

cesariana não planejada e, 573

construção de relação complexa, 639

controle do comportamento

assistência no controle da raiva, 626

autolesão, 229–230

definição e atividades de intervenção, 228

hiperatividade/desatenção, 231–232

sexual, 233

facilitação do processo de perdão, 586

facilitação do processo de pesar e, 589

família que espera um filho, 398

fortalecimento da autopercepção, 182

infertilidade e, 396

intervenções de aconselhamento, 119

intervenções na crise, 254

melhora do enfrentamento, 334

modificação do comportamento

definição e atividades de intervenção, 234–235

experiência social, 236

promoção da integridade familiar e, 397

- redução da ansiedade
 - com técnica para acalmar, 106
 - definição e atividades de intervenção, 156
- treinamento do comportamento positivo, 168

Serviços

- autorização do seguro para, 683
- gerenciamento de recursos financeiros para apoio de, 638
- guias de sistemas de saúde para localização de serviços adequados, 676–677
- promoção da paternidade/maternidade para famílias de alto risco, 578–579

Sexo seguro, ensino, 366

Sexualidade

- aconselhamento
 - definição e atividades de intervenção, 686
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- controle do comportamento, 233
- cuidados cardíacos e, 196
- desenvolvimento do adolescente e, 276
- ensino, 367
- infertilidade e, 396
- quimioterapia e, 623
- tratamento do trauma de estupro, 374

Sinais vitais

- controle do edema cerebral e, 206–207
- cuidados cardíacos e, 197
- cuidados de emergência e, 325
- monitoramento
 - definição e atividades de intervenção, 687
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
 - maternidade, 406

Sinal de Homans, cuidados na embolia e, 322

Síncope, controle do edema cerebral e, 206–207

Sistema de drenagem por pressão, nos cuidados com lesões, 489

Sistema de números, na taxonomia NIC, 72

Sistema de saúde

- assistência quanto a recursos financeiros, 637
- autorização do seguro para serviços de saúde, 683
- guias
 - definição e atividades de intervenção, 676–677
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
- Intermediação cultural, 259
- proteção dos direitos do paciente, 286
- reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares, 257
- taxonomia NIC, 75, 88–89
- visão geral do, 75

Sistema gastrointestinal

- lavagem intestinal para limpeza, 475
- redução do sangramento, 659

Sistema legal

- de rapto/estupro e, 374
- testemunho e, 273

Sistema vascular, conduta no choque

- hipovolêmico, 213

vasogênico, 214

Sistemas computacionais, implementação de NIC em, 12, 48

Sistemas de apoio

apoio espiritual, 371

facilitação do processo de pesar, 589

famílias

apoio aos irmãos, 477

manutenção do processo e, 391–392

mobilização, 393

gestação não planejada, 395

grupo de apoio

cuidador, 255

definição e atividades de intervenção, 425

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

melhora de

definição e atividades de intervenção, 157

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

procura de órgãos, 558

Sistemas de informação em enfermagem

implementação de regras baseadas na experiência para usar a NIC em, 52

leituras úteis para, 50

Sistemas Médicos de Emergência, 279

Sódio

hipernatremia, 308–309

hiponatremia, 316–317

Solução de problemas

biblioterapia e, 189

intervenção na crise, 254

intervenções de aconselhamento, 119

melhora do enfrentamento, 335

para hiperatividade/desatenção, 231

Sonda gastrointestinal

entubação gastrointestinal, 418

sangramento gastrointestinal e, 659

Sondagem vesical

definição e atividades de intervenção, 751

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

intermitente, 752

Sondagem vesical, cuidados do, 694

Sondas/drenos

cuidado com

definição e atividades de intervenção, 695

derivação ventricular externa, 294

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

gastrointestinais, 693

linha umbilical, 205

torácico, 293

urinária, 694

endotraqueal, 330

gastrointestinal, 418

Sono

controle da energia e, 332

fototerapia regulação do humor/sono, [412](#)

melhora

definição e atividades de intervenção, [696–697](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Sons, controle intestinal, [472](#)

Sucção

assistência na amamentação e, [132–133](#)

cuidados com bebês e, [188](#)

encorajamento para alimentação por mamadeira, [123](#)

não nutritiva, [698](#)

Sucção não nutritiva

definição e atividades de intervenção, [698](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Suicídio

controle do comportamento: de autoagressão, [229](#)

prevenção

definição e atividades de intervenção, [699–700](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Sulfato de protamina, cuidado na embolia e, [322](#)

Supervisão

comunidade, [704](#)

definição e atividades de intervenção, [702–703](#)

eletrônica remota, [705–706](#)

exclusão, [626](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

gestação tardia, [707–708](#)

precauções contra incêndio, [465](#)

segurança, [709](#)

supervisão da pele, [584](#)

Supervisão eletrônica remota, [705–706](#)

Supervisão eletrônica, [705–706](#)

Suporte de vida, morte perinatal e, [590](#)

Suporte físico, [374](#). *See also* [Sistemas de apoio](#)

Supositórios retais, [518](#)

Suprimentos

carrinho de emergências, [327](#)

contenção de custos, [260](#)

controle

definição e atividades de intervenção, [701](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Sutura

cuidados com o local de incisão, [467](#)

definição e atividades de intervenção, [711](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Tabaco. *See* [Tabagismo](#)

Tabagismo

cuidados na interrupção da gestação

definição e atividades de intervenção, [414–415](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

desenvolvimento do adolescente e, [276](#)

evitar durante amamentação, [132–133](#)

precauções cardíacas, [196](#)

Taxa de pico de fluxo expiratório, [165](#)

Taxonomia da Prática de Enfermagem, [7–8](#)

Taxonomia das intervenções de enfermagem, [72–91](#)

classes de, [4](#), [74–75](#)

comportamental, [82–83](#)

comunidade, [90–91](#)

construção da, [5](#), [28–32](#)

domínios da, [74–75](#)

familiar, [86–87](#)

fisiológica

básica, [76–77](#)

complexa, [78–81](#)

segurança, [84–85](#)

selecionando intervenções relevantes usando, [10](#), [47](#)

sistema de saúde, [88–89](#)

visão geral do, [72–73](#)

Tecido cutâneo

aplicação de calor/frio e, [194–195](#)

cuidados com os pés, [588](#)

estimulação da pele, [261](#)

estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS), [544](#)

massagem para estimulação, [502](#)

taxonomia para, [80](#)

Tecidos

cuidados com ostomia, [562](#)

local da doação, [558](#)

Tecidos, da pele

aplicação de calor/frio e, [194–195](#)

cuidados com os pés, [588](#)

estimulação da pele, [261](#)

estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), [544](#)

massagem para estimulação, [502](#)

taxonomia para, [80](#)

Técnica asséptica, na amostra de sangue capilar, [663](#)

Técnicas de isolamento, controle de infecção, [468](#), [470](#)

Técnicas para acalmar

cuidado no desenvolvimento de crianças prematuras, [274](#)

definição e atividades de intervenção, [106](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Técnicas psicoterapêuticas, [426–427](#)

Telefones

acompanhamento

definição e atividades de intervenção, 747

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

consulta

definição e atividades de intervenção, 244–245

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

números de emergência, 141

para problemas de audição, 237

triagem, 118–119

Temperatura corporal

controle da quimioterapia e, 622

hiperpirexia, 402

indução de hipotermia, 449

monitoramento de sinais vitais, 687

monitoramento do recém-nascido, 633

precauções cardíacas, 196

regulação

definição e atividades de intervenção, 713

intraoperatório, 714

taxonomia para, 81

tratamento da hipotermia, 450

Tempo de protrombina (PT)

cuidados na embolia e, 322

monitoramento para promoção da perfusão cerebral, 208

Tempo de trombolastina parcial (PTT), 208, 322

Tensão, terapia de relaxamento para, 640

Terapia antiarrítmica, nos cuidados cardíacos, 197

Terapia cognitiva, taxonomia para, 82

Terapia com aerossol, na fisioterapia torácica, 648

Terapia com animais

definição e atividades de intervenção, 155

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Terapia com exercício

controle muscular, 380–381

definição e atividades de intervenção, 381–383

equilíbrio, 383–384

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

mobilidade articular, 385

Terapia com sanguessuga

definição e atividades de intervenção, 668

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Terapia de compressão

estimulação à tosse e, 718

para insuficiência venosa, 220

Terapia de recordações

definição e atividades de intervenção, 635

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Terapia de reposição hormonal

definição e atividades de intervenção, 643

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Terapia de validação

definição e atividades de intervenção, [738](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Terapia familiar

definição e atividades de intervenção, [401](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Terapia ocupacional

definição e atividades de intervenção, [553](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Terapia ocupacional

exercícios, [381–383](#)

controle muscular, [380–381](#)

equilíbrio, [383–384](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

mobilidade articular, [385](#)

promoção da mecânica corporal, [503](#)

Terapia por hemodiálise

definição e atividades de intervenção, [429](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Terapia recreacional

definição e atividades de intervenção, [601](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Terapia social

definição e atividades de intervenção, [691](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Terapia TENS

cuidados no parto cesáreo, [573](#)

como tipo de estimulação da pele, [261](#)

Terapias

alternativas, [10](#)

antiarrítmicas, nos cuidados cardíacos, [197](#)

aromaterapia

definição e atividades de intervenção, [162](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

arteterapia

definição e atividades de intervenção, [164](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

para melhora da imagem corporal, [457–458](#)

biblioterapia

definição e atividades de intervenção, [189](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

brinquedo terapêutico

definição e atividades de intervenção, [192](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

cognitiva, [82](#)

com animais

definição e atividades de intervenção, [155](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

compressão

estimulação à tosse e, [718](#)

para insuficiência venosa, [220](#)

de reposição hormonal

definição e atividades de intervenção, [643](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

- deglutição
 - definição e atividades de intervenção, [263–264](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- diálise peritoneal
 - definição e atividades de intervenção, [283](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- eletroconvulsoterapia (ECT)
 - definição e atividades de intervenção, [300–301](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- endovenosa (EV)
 - administração de medicamentos, [505](#)
 - controle da hipovolemia do volume intravascular de fluidos, [451–452](#)
 - definição e atividades de intervenção, [331](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - reposição rápida de líquidos, [496](#)
- exercício
 - definição e atividades de intervenção, [383–384](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - promoção da mecânica corporal, [503](#)
- exercícios
 - definição e atividades de intervenção, [383–384](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- familiar
 - definição e atividades de intervenção, [401](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- fisioterapia respiratória
 - definição e atividades de intervenção, [648](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- fototerapia
 - definição e atividades de intervenção, [666](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- grupo de apoio
 - definição e atividades de intervenção, [426–427](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- musicoterapia
 - definição e atividades de intervenção, [535](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- nutricional
 - definição e atividades de intervenção, [552–553](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- ocupacional
 - definição e atividades de intervenção, [553](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- oxigenoterapia
 - definição e atividades de intervenção, [564](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- por hemodiálise
 - definição e atividades de intervenção, [429](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- por hemofiltração
 - definição e atividades de intervenção, [433](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- quimioterapia
 - definição e atividades de intervenção, [622](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- radioterapia
 - definição e atividades de intervenção, [624–625](#)

- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- recordações
 - definição e atividades de intervenção, [635](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- recreativa
 - definição e atividades de intervenção, [601](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- relaxamento
 - definição e atividades de intervenção, [640](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- sanguessugas
 - definição e atividades de intervenção, [668](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- sócioambiental
 - definição e atividades de intervenção, [691](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- técnicas psicoterapêuticas, [426–427](#)
- TENS, [573](#), [261](#)
- toque terapêutico, [716](#)
- trauma

- definição e atividades de intervenção, [723](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- trombolítica
 - definição e atividades de intervenção, [727](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- validação
 - definição e atividades de intervenção, [738](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- Terapias alternativas, intervenções envolvendo, [10](#)
- Termorregulação, taxonomia para, [81](#)
- Terrorismo, preparação contra o bioterrorismo, [536](#)
- Teste de Allen
 - amostra de sangue arterial e, [665](#)
 - monitoramento hemodinâmico invasivo e, [430](#)
- Teste de campo, da intervenções da enfermagem, [33–35](#)
- Teste de cegueira para cores, testes à beira do leito, [480](#)
- Teste de proficiência, para testes à beira do leito, [480](#)
- Teste pré-parto, da velocidade cardíaca fetal, [406–407](#)
- Testes
 - desenvolvendo NIC por meios de, [32–36](#)
 - laboratoriais
 - amostra de sangue capilar, [663](#)
 - amostra de sangue, [664](#)
 - no leito, [480](#)
 - preparo cirúrgico e, [224–225](#)
 - teste diagnósticos, [608](#)
- Testes clínicos, fase de desenvolvimento, [32–36](#)
- Testes laboratoriais
 - amostra de sangue capilar para, [663](#)
 - amostra de sangue para, [664](#)
 - controle do espécime
 - definição e atividades de intervenção, [145](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - testes laboratoriais à beira do leito
 - definição e atividades de intervenção, [480](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Testes laboratoriais à beira do leito
definição e atividades de intervenção, 480
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

The Joint Commission (TJC), 66
NIC reconhecida pela, 5

Tinido, controle da sensibilidade periférica, 684

TJC (The Joint Commission)
documentação do processo de enfermagem, 66
NIC reconhecida pela, 5

Tomada de decisão
aconselhamento genético e, 419
aplicação de NIC ao modelo OPT clínico, 66–68
apoio
cuidado de saúde e, 262
cuidadores e, 255
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
controle do delírio e, 267
desenvolvimento do adolescente e, 276
esclarecimento de valores e, 739
habilidades, ensinar aos estudantes de enfermagem, 22
intervenções de aconselhamento para, 119
melhora do enfrentamento e, 334–335
modelo OPT de, 69
precauções cardíacas, 196
proteção dos direitos do paciente, 286
supervisão
comunidade, 704
eletrônica remota, 705–706
geral, 702–703
terapia familiar e, 401
tomada de decisão clínica, 479

Tomada de decisão clínica, 479

Tontura
associada a problemas auditivos, 563
controle do edema cerebral e, 206–207

Toque
definição e atividades de intervenção, 715
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
toque terapêutico, 716

Toque terapêutico, 716

Torniquetes
controle da anafilaxia, 148
precauções no uso do torniquete pneumático, 717

Toxicidade orgânica, quimioterapia e, 623

Toxicidade por digitálico, 305

Toxicologia, overdose e, 299

Trabalho de parto. *See also* Parto
amnioinfusão durante, 144
cuidados com o local de incisão, 573
ensino o preparo do parto, 538
indução
definição e atividades de intervenção, 447
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
limitação da perda de sangue do útero pós-parto, 661
supressão do
definição e atividades de intervenção, 576–577
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Transcrição de prescrições
definição e atividades de intervenção, [609](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Transferência
assistência em autocuidado, [175](#)
definição e atividades de intervenção, [720](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Transfusões
administração de hemoderivados, [428](#)
autotransfusão, [185](#)
sinais de reações a, [428](#)

Transplantes
captação de órgãos e tecidos para transplante, [558](#)
terapia com sanguessugas para tecidos transplantados, [668](#)

Transporte
definição e atividades de intervenção, [721–722](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
inter-hospitalar, [722](#)
intra-hospitalar, [721](#)

Transporte facilitado, de pacientes, [721](#)

Transporte, atividades da vida diária, [172](#)

Traqueia
aspiração traqueal, como precauções contra aspiração, [167](#)
controle da ventilação mecânica, [741–742](#)

Tratamento da febre
definição e atividades de intervenção, [402](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Tratamento dentário
manutenção, [555](#)
promoção, [556](#)
restauração, [557](#)

Tratamento para exposição ao calor
definição e atividades de intervenção, [194](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Tratamento para trauma de estupro
definição e atividades de intervenção, [374](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Tratamento tópico
cuidados com a pele, [582–583](#)
sutura e, [711](#)

Tratamentos
ensino do paciente a como se preparar para, [357](#)
informações sensoriais preparatórias, [685](#)
ligação de diagnósticos e resultados, [21](#)

Trauma
redução do sangramento e, [656](#)
terapia
definição e atividades de intervenção, [723](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
tratamento do trauma de estupro, [374](#)

Treinamento autogênico
definição e atividades de intervenção, [151](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Treinamento da assertividade
definição e atividades de intervenção, [168](#)
desenvolvimento do adolescente e, [276](#)
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Treinamento da memória
definição e atividades de intervenção, 528
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Treinamento do uso do vaso sanitário
controle intestinal em crianças, 474
ensino, 368

Treinamento para controle de impulsos
definição e atividades de intervenção, 462
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
precauções contra incêndio, 465

Treino para fortalecimento, 332–333

Tremor, indução de hipotermia e, 449

3N Alliance, 7–8

Triagem
centro de emergência, 725
definição e atividades de intervenção, 724–726
desastre, 724
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813
preparo da comunidade para catástrofes, 240
telefone, 118

Triagem em saúde
definição e atividades de intervenção, 669
desenvolvimento do adolescente e, 276
exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Troca gasosa, monitoramento respiratório e, 649

Tubo digestivo, cuidados com ostomias, 562

Tubos de traqueostomia
controle das vias aéreas, 756–757
inserção e estabilização, 758

Tubos endotraqueais
controle de vias aéreas, 756–757
inserção e estabilização, 758

remoção de, 330

UHDDS (Uniform Hospital Discharge Data Set), 23

Úlceras

cuidados com úlceras de pressão, 728

prevenção de úlceras de pressão, 728

Úlceras de pressão

cuidado das

definição e atividades de intervenção, 728

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

prevenção

definição e atividades de intervenção, 729

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

Ultrassonografia

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

limite obstétrico, 731

para útero pré-parto, 662

promoção da interação e, 149–150

UMHDS (Uniform Minimum Health Data Sets), 23

Unidade de dados

linguagem padronizada para, 61–62

na pesquisa efetiva para enfermeiros, 56–57

Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS), 23

Uniform Minimum Health Data Sets (UMHDS), 23

Urina, conduta na hiperglicemia e, 441

Uso de drogas

prevenção

definição e atividades de intervenção, 295

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

terapia familiar e, 401

tratamento

abstinência, 297

abstinência de álcool, 298

definição e atividades de intervenção, 296–299

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, 801–813

overdose, 299

Uso do vaso sanitário

assistência em autocuidado, 176

controle da constipação/impacção, 242

controle para incontinência urinária, 531

prevenção de quedas e, 620

Útero

controle do pessário para retroversão uterina, 595

redução do sangramento: útero pós-parto, 661

ultrassonográfica do, 731

Útero pós-parto, 661

Vacinações

- controle de doenças transmissíveis, [290](#)
- controle de imunização/vacinação, [463–464](#)

Valores

- esclarecimento
 - definição e atividades de intervenção, [739](#)
 - dizer a verdade e, [748](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
 - promoção dos valores familiares, [390–391](#)

Variação terapêutica, de medicamentos, [299](#)

Varíola, prepare contra o bioterrorismo para, [536](#)

Vaso cateterizado, punção de vaso, [664](#)

Veias, amostra de sangue venosa não canuladas, [666](#)

Veículos automotores. *See* [Promoção da segurança em veículos](#)

Ventilação

- assistência
 - definição e atividades de intervenção, [747](#)
 - exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)
- controle da ventilação mecânica
 - invasiva, [741–742](#)
 - não invasiva, [743–744](#)
- cuidados na embolia e, [323](#)
- desmame da ventilação mecânica, [745–746](#)

Ventrículo lateral, medicação liberada por cateter, [517](#)

Verificação de substância controlada

- definição e atividades de intervenção, [251](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Verificação do carrinho de emergência

- definição e atividades de intervenção, [327](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Vestir

- assistência ao autocuidado, [177](#)
- cuidados com lesões, [488](#), [490](#)
- definição e atividades de intervenção, [753](#)
- exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Via aérea orofaríngea, extubação endotraqueais, [330](#)

Vias aéreas nasofaríngeas, extubação endotraqueal, [330](#)

Vibração, como tipo de estimulação da pele, [261](#)

Videofluoroscopia, como precauções contra operação, [167](#)

Violência

- controle do ambiente, [142](#)
- triagem: centro de emergência e, [725](#)

Visão

- cuidado com as lentes de contato, [487](#)
- cuidados com os olhos, [554](#)
- prejudicada, [239](#)

Visualização, humor e, [456](#)

Vitamina K, cuidados na embolia e, [322](#)

Vizinhança, controle do ambiente e, [139](#)

Vômito

controle da quimioterapia, [622](#)

controle do

definição e atividades de intervenção, [763–764](#)

exigência de tempo e formação educacional para intervenções NIC, [801–813](#)

Voz traqueo-esofágica, [238](#)

Índice

Title Page	2
O logotipo NIC	3
Permissão e Licenciamento	4
Front Matter	5
Copyright	6
Supervisão da Revisão Científica	8
Revisão Científica	9
Tradução	10
Prefácio	11
Pontos Fortes da Classificação das Intervenções de Enfermagem	14
Agradecimentos	16
Lista de Reconhecimentos, 5a Edição	17
Associados – Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness	20
Equipe de Pesquisa do Projeto de Intervenção de Iowa: Primeira, Segunda e Terceira Edição (1987–2000)	22
Organizações que Contribuíram para o Desenvolvimento da NIC	25
Definições de Termos	27
Como Encontrar uma Intervenção	29
Table of Contents	30
PARTE UM: Construção e Uso da Classificação	32
Capítulo 1: Uma Visão Geral da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)	33
Capítulo 2: Desenvolvimento, Testes e Implementação da NIC: 1987-2007	50
Capítulo 3: Uso da NIC	78
PARTE DOIS: Taxonomia das Intervenções de Enfermagem	110
Capítulo 4: Visão Geral da Taxonomia NIC	111
PARTE TRÊS: A Classificação	115
Capítulo 5: A	116
Capítulo 6: B	207
Capítulo 7: C	214
Capítulo 8: D	282
Capítulo 9: E	321
Capítulo 10: F	409
Capítulo 11: G	439
Capítulo 12: H	449
Capítulo 13: I	478
Capítulo 14: L	499
Capítulo 15: M	517
Capítulo 16: N	558
Capítulo 17: O	576
Capítulo 18: P	589
Capítulo 19: Q	643
Capítulo 20: R	649
Capítulo 21: S	682
Capítulo 22: T	737
Capítulo 23: U	755
Capítulo 24: V	765

PARTE QUATRO: Intervenções Essenciais para Áreas de Especialidades de Enfermagem	792
Capítulo 25: Intervenções Essenciais para as Áreas de Especialidades de Enfermagem	793
PARTE CINCO: Tempo Estimado e Nível de Formação Necessários para a Realização das Intervenções NIC	869
Capítulo 26: Tempo Estimado e Nível de Formação Necessários para a Realização das Intervenções NIC	870
PARTE SEIS: Apêndices	905
Intervenções: Novas, Revisadas e Removidas desde a Quarta Edição	906
Orientações para Apresentação de uma Intervenção Nova ou Revisada	911
Linha do Tempo e Pontos de Interesse: Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)	915
Convocação para Revisores Especialistas: Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness	918
Publicações Seleccionadas	921
Abreviações	928
Índice	932