

NANDA INTERNATIONAL



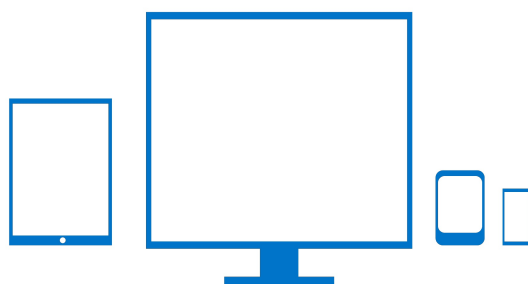
10ª Edição



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA

Definições e Classificação
2015-2017





AVISO

Todo esforço foi feito para garantir a qualidade editorial desta obra, agora em versão digital.

Destacamos, contudo, que diferenças na apresentação do conteúdo podem ocorrer em função das características técnicas específicas de cada dispositivo de leitura.

Nota

A Enfermagem está em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a própria experiência ampliam o nosso conhecimento, novas descobertas são realizadas. Os autores desta obra consultaram as fontes consideradas confiáveis, num esforço para oferecer informações completas e geralmente de acordo com os padrões aceitos à época da sua publicação.



CONTEÚDO *ONLINE*

Acesse vídeos complementares ao texto
(legendados em português)

NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017,
Tenth Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru.
© 2014 NANDA International, Inc. Published 2014 by John Wiley & Sons, Ltd.
Companion website: www.wiley.com/go/nursingdiagnoses

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA:

Definições e classificação 2015-2017

Organizadoras

T. Heather Herdman, PhD, RN Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI

Tradução:

Regina Machado Garcez

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Alba Lucia Bottura Leite de Barros (coordenação) Professora titular da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Fellow pela NANDA International.

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Fellow pela NANDA International.

Marta José Avena Enfermeira da Escola Paulista de enfermagem da UNIFESP.

Anamaria Alves Napoleão Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).

Virginia Visconde Brasil Professora associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Camila Takao Lopes Enfermeira do Hospital Universitário da USP.

Versão impressa
desta obra: 2015



2015

Obra originalmente publicada sob o título

Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2015-2017

ISBN 9781118914939

All Rights Reserved. Official translation from the English language edition published by John Wiley & Sons: Nursing Diagnoses - Definitions and Classification 2015-2017 copyright © 2014,2012,2009, 2007,2005,2003,2001,1998, 1996, 1994 NANDA International. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Artmed Editora Ltda., and is not the responsibility of John Wiley & Sons Inc. No part of this book may be reproduced or retranslated in any form without the written permission of John Wiley & Sonc Inc.

Gerente editorial: Letícia Bispo de Lima

Colaboraram nesta edição:

Editora: Dieimi Deitos

Arte sobre capa original: Kaéle - Finalizando ideias

Leitura final: Adriana Lehmann Haubert

Editoração e produção digital: Grupo A Educação - Núcleo de produção digital

D536 Diagnósticos de enfermagem da NANDA : definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International] ; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru ; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. – Porto Alegre : Artmed, 2015.
e-PUB.

Editado como livro impresso em 2015.

ISBN 978-85-8271-254-2

1. Enfermagem. I. NANDA International.

CDU 616-083

Catálogo na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094



Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED EDITORA LTDA., divisão do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana

90040-340 – Porto Alegre, RS

Fone: (51) 3027-7000 – Fax: (51) 3027-7070

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

SÃO PAULO

Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5

Cond. Espace Center – Vila Anastácio

05095-035 – São Paulo, SP

Fone: (11) 3665-1100 – Fax: (11) 3667-1333

Sumário

[Nota](#)

[CONTEÚDO ONLINE](#)

[Diretrizes para permissão de direitos autorais da NANDA International](#)

[Prefácio](#)

[Introdução](#)

[Como usar este livro](#)

[Parte 1](#)

[Introdução](#)

[O que é novo na edição 2015-2017 do livro Diagnósticos e classificação?](#)

[Agradecimentos](#)

[Autores de capítulos](#)

[Revisores de capítulos](#)

[Revisora da padronização dos termos diagnósticos](#)

[Mudanças nos diagnósticos de promoção da saúde e de risco](#)

[Novos diagnósticos de enfermagem, 2015-2017](#)

[Diagnósticos de enfermagem revisados, 2015-2017](#)

[Mudanças na localização dos diagnósticos atuais na](#)

[Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017](#)

[Revisões dos títulos diagnósticos na Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017](#)

[Diagnósticos de enfermagem retirados da Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017](#)

[Padronização dos termos indicadores do diagnóstico](#)

[Outras mudanças realizadas na edição de 2015-2017](#)

[Parte 2](#)

[Capítulo 1 Fundamentos do diagnóstico de enfermagem](#)

[Como um enfermeiro \(ou estudante de enfermagem\) diagnostica?](#)

[Entendendo os conceitos de enfermagem](#)

Coleta de dados

Diagnóstico de enfermagem

Planejamento/Intervenção

Avaliação

Uso do diagnóstico de enfermagem

Breve resumo do capítulo

Perguntas sobre os diagnósticos de enfermagem comumente feitas por aprendizes*

Referências

Capítulo 2 Da coleta de dados ao diagnóstico

O que acontece durante uma coleta de dados de enfermagem?

Por que os enfermeiros coletam dados?

A coleta de dados inicial

Não se trata somente de “preenchimento de espaços vazios”

Estrutura da coleta de dados

Devemos usar a Taxonomia da NANDA-I como estrutura de coleta de dados?

Análise dos dados

Dados subjetivos versus dados objetivos

Pergunte a si mesmo: esses dados significam:

Agrupamento de informações/identificação de um padrão

Identificação de possíveis diagnósticos de enfermagem (hipóteses diagnósticas)

Coleta de dados aprofundada

Confirmação/rejeição de possíveis diagnósticos de enfermagem

Eliminação de possíveis diagnósticos de enfermagem

Pergunte a si mesmo: quando olho as informações do paciente:

Novos possíveis diagnósticos

Diferenciação entre diagnósticos similares

Pergunte a si mesmo: quando vejo as informações do

paciente à luz de diagnósticos similares:

Elaboração de um diagnóstico/priorização

Resumo

Referências

Capítulo 3 Uma introdução à Taxonomia da NANDA-I

Taxonomia: visualização de uma estrutura taxonômica

Classificação em enfermagem

Uso da taxonomia da NANDA-I

Estruturando currículos de enfermagem

Identificação de um diagnóstico de enfermagem fora de sua área de expertise

Estudo de caso: Sra. Souza

Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: uma breve história

Referências

Capítulo 4 Taxonomia II da NANDA-I: especificações e definições

Estrutura da Taxonomia II

Um sistema multiaxial de construção de conceitos diagnósticos

Definições dos eixos

Eixo 1: O foco do diagnóstico

Eixo 2: Sujeito do diagnóstico

Eixo 3: Julgamento

Eixo 4: Localização

Eixo 5: Idade

Eixo 6: Tempo

Eixo 7: Situação do diagnóstico

Desenvolvimento e submissão de um diagnóstico de enfermagem

Demais desenvolvimentos da taxonomia da NANDA-I

Referências

Leituras recomendadas

Capítulo 5 Perguntas feitas com frequência

Perguntas básicas sobre linguagens padronizadas de enfermagem

O que é uma linguagem padronizada de enfermagem?

Quantas linguagens de enfermagem existem?

Quais são as diferenças entre as linguagens de enfermagem padronizadas?

Percebo que muitas pessoas usam termos como “selecionar um diagnóstico”, “escolher um diagnóstico”, “pegar um diagnóstico”, o que soa como se houvesse uma maneira fácil de saber que diagnóstico usar. É isso mesmo?

Perguntas básicas sobre a NANDA-I

O que é a NANDA International?

O que é taxonomia?

Por que a NANDA-I cobra uma taxa para acesso a seus diagnósticos de enfermagem?

Se comprar um livro e datilografar os conteúdos em software, ainda assim tenho que pagar?

A estrutura da Taxonomia II deve ser usada como recurso de levantamento de dados de enfermagem?

O que é o PES, como foi desenvolvido e quais suas origens? A NANDA-I exige o formato/esquema PES?

Como redijo o enunciado diagnóstico para diagnósticos de risco, com foco no problema e de promoção da saúde?

Diagnóstico de promoção da saúde

A NANDA-I oferece uma lista de seus diagnósticos?

Perguntas básicas sobre diagnósticos de enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem pode ser usado com segurança em outro local que não uma unidade de pacientes internados, como em salas de cirurgia e ambulatorios?

Enfermeiros em unidades de atendimento a pacientes críticos devem usar diagnósticos de enfermagem?

Estamos ocupados demais atendendo condições médicas.

Quais são os tipos de diagnósticos de enfermagem na classificação da NANDA-I?

O que são diagnósticos de enfermagem e por que devo usá-los?

Qual é a diferença entre um diagnóstico médico e um diagnóstico de enfermagem?

Que partes compõem um diagnóstico e o que significam para enfermeiros na prática?

Estudo de caso: Myra Johansen

Que diagnóstico de enfermagem é mais aplicável a um paciente com acidente vascular encefálico? Como redijo um plano de cuidados que inclua um diagnóstico de enfermagem a pacientes com uma condição/diagnóstico médico específico, por exemplo, fratura de quadril?

Quantos diagnósticos meu paciente deve ter?

Posso mudar um diagnóstico de enfermagem depois de ter sido documentado no prontuário médico do paciente?

Posso documentar diagnósticos de enfermagem de familiares de um paciente, no prontuário médico do paciente?

Todos os diagnósticos de enfermagem podem ser usados de modo seguro e legal em todos os países?

Perguntas sobre características definidoras

O que são características definidoras?

Características definidoras no livro nem sempre são dados passíveis de observação; algumas são julgamentos (p. ex., pesar complicado ou conhecimento deficiente). Como usá-las na coleta de dados?

As características definidoras no livro estão organizadas em ordem de importância?

Quantas características definidoras preciso identificar

para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem?

Perguntas sobre fatores relacionados

O que são fatores relacionados?

Quantos fatores relacionados tenho que identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem?

Fatores relacionados nos diagnósticos da NANDA-I nem sempre são fatores que um enfermeiro pode eliminar ou diminuir. Devo incluí-los num enunciado diagnóstico?

Perguntas sobre fatores de risco

O que são fatores de risco?

Quantos fatores de risco tenho que identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem de risco?

Fatores de risco no livro nem sempre são fatores que um enfermeiro pode eliminar ou reduzir. Devo incluí-los no enunciado diagnóstico?

Há alguma relação entre fatores relacionados e fatores de risco, como no caso de diagnósticos que têm um diagnóstico baseado em um problema ou de promoção da saúde, e de risco?

Como diferenciar diagnósticos de enfermagem similares

Como posso decidir entre diagnósticos muito similares – como saber qual é o mais preciso/acurado?

Posso adicionar “risco de” a um diagnóstico com foco no problema, tornando-o um diagnóstico de risco? Ou retirar “risco de” de um diagnóstico de risco, tornando-o um diagnóstico com foco no problema?

Perguntas sobre a elaboração de um plano de tratamento

São todas as intervenções de enfermagem que exigem um diagnóstico de enfermagem? Toda a prática da enfermagem relativa aos cuidados do paciente é

derivada de diagnósticos de enfermagem?

Como encontro intervenções para uso com os diagnósticos de enfermagem?

Quando um plano de atendimento de enfermagem precisa de revisão?

Perguntas sobre ensino/aprendizagem de diagnósticos de enfermagem

Jamais aprendi sobre diagnósticos de enfermagem quando fazia o curso. Qual é a melhor maneira de estudar o diagnóstico de enfermagem? Não estou à vontade para ensinar diagnósticos de enfermagem, uma vez que nunca aprendi sobre eles durante o curso.

Algumas recomendações?

Devo escolher um diagnóstico de cada um dos 13 domínios e combinar no final da coleta de dados?

Meus professores não permitem o uso de diagnósticos de risco porque, dizem, nosso foco é em diagnósticos “reais”. Os riscos dos pacientes não são “reais”?

Nosso currículo básico de enfermagem já está cheio.

Quando devem ser ensinados os diagnósticos de enfermagem e quem deve fazer isso?

Perguntas sobre o uso da NANDA-I em prontuários de saúde eletrônicos

Há alguma obrigatoriedade reguladora no sentido de que problemas, intervenções e resultados do paciente incluídos num prontuário de saúde eletrônico sejam enunciados usando a terminologia da NANDA-I? Por que usar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com um sistema de saúde eletrônico?

Perguntas sobre desenvolvimento e revisão de diagnósticos

Quem desenvolve e revisa os diagnósticos da NANDA-I?

Entendo que os enfermeiros possam enviar à apreciação novos diagnósticos de enfermagem, bem como revisar

diagnósticos em uso. Como a NANDA-I auxilia? Existe algum serviço gratuito para esse apoio?

Por que alguns diagnósticos são revisados?

Perguntas sobre o texto de definições e classificação da NANDA-I

Como sei que diagnósticos são novos?

Quando revisei os códigos eletrônicos informados neste livro, percebi a falta de alguns – isso significa que alguns diagnósticos estão faltando?

Quando um diagnóstico é revisado, como saber o que foi mudado? Percebi mudanças em alguns diagnósticos, mas eles não estão arrolados como revisões – por quê?

Por que não são todos os diagnósticos que mostram um nível de evidências (LOE-level of evidence)?

O que houve com a bibliografia? Por que a NANDA-I não imprimiu as usadas para todos os diagnósticos?

Referências

Parte 3

Considerações Internacionais sobre o uso da Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I

Domínio 1: Promoção da Saúde

Atividade de recreação deficiente

Estilo de vida sedentário

Falta de adesão

Comportamento de saúde propenso a risco

Controle da saúde familiar ineficaz

Controle ineficaz da saúde

Disposição para controle da saúde melhorado

Manutenção ineficaz da saúde

Proteção ineficaz

Saúde deficiente da comunidade

Síndrome do idoso frágil

Risco de síndrome do idoso frágil

Domínio 2. Nutrição

Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Amamentação ineficaz

Amamentação interrompida

Disposição para amamentação melhorada

Deglutição prejudicada

Leite materno insuficiente

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Disposição para nutrição melhorada

Obesidade

Sobrepeso

Risco de sobrepeso

Risco de função hepática prejudicada

Risco de glicemia instável

Icterícia neonatal

Risco de icterícia neonatal

Risco de desequilíbrio eletrolítico

Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado

Volume de líquidos deficiente

Risco de volume de líquidos deficiente

Volume de líquidos excessivo

Risco de volume de líquidos desequilibrado

Domínio 3. Eliminação e Troca

Disposição para eliminação urinária melhorada

Eliminação urinária prejudicada

Incontinência urinária de esforço

Incontinência urinária de urgência

Risco de incontinência urinária de urgência

Incontinência urinária funcional

Incontinência urinária por transbordamento

Incontinência urinária reflexa

Retenção urinária

Constipação

Risco de constipação

Constipação funcional crônica

Risco de constipação funcional crônica

Constipação percebida

Diarreia

Incontinência intestinal

Motilidade gastrointestinal disfuncional

Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional

Troca de gases prejudicada

Domínio 4. Atividade/Repouso

Insônia

Padrão de sono prejudicado

Privação de sono

Disposição para sono melhorado

Capacidade de transferência prejudicada

Deambulação prejudicada

Levantar-se prejudicado

Mobilidade física prejudicada

Mobilidade no leito prejudicada

Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Sentar-se prejudicado

Risco de síndrome do desuso

Domínio 5. Percepção/Cognição

Negligência unilateral

Confusão aguda

Risco de confusão aguda

Confusão crônica

Conhecimento deficiente

Disposição para conhecimento melhorado

Controle de impulsos ineficaz

Controle emocional instável

Memória prejudicada

Disposição para comunicação melhorada

Comunicação verbal prejudicada

Domínio 6. Autopercepção

Disposição para autoconceito melhorado

Desesperança

Risco de dignidade humana comprometida

Disposição para esperança melhorada

Identidade pessoal perturbada

Risco de identidade pessoal perturbada

Baixa autoestima crônica

Risco de baixa autoestima crônica

Baixa autoestima situacional

Risco de baixa autoestima situacional

Distúrbio na imagem corporal

Domínio 7. Papéis e Relacionamentos

Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

Paternidade ou maternidade prejudicada

Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Tensão do papel de cuidador

Risco de tensão do papel de cuidador

Processos familiares disfuncionais

Processos familiares interrompidos

Disposição para processos familiares melhorados

Risco de vínculo prejudicado

Conflito no papel de pai/mãe

Desempenho de papel ineficaz

Interação social prejudicada

Relacionamento ineficaz

Risco de relacionamento ineficaz

Disposição para relacionamento melhorado

Domínio 8. Sexualidade

Disfunção sexual

Padrão de sexualidade ineficaz

Risco de binômio mãe-feto perturbado

Processo de criação de filhos ineficaz

Risco de processo de criação de filhos ineficaz

Disposição para processo de criação de filhos melhorado

Domínio 9. Enfrentamento/Tolerância ao Estresse

Síndrome do estresse por mudança

Risco de síndrome do estresse por mudança

Síndrome do trauma de estupro

Síndrome pós-trauma

Risco de síndrome pós-trauma

Ansiedade

Ansiedade relacionada à morte

Enfrentamento defensivo

Enfrentamento familiar comprometido

Enfrentamento familiar incapacitado

Disposição para enfrentamento familiar melhorado

Enfrentamento ineficaz

Enfrentamento ineficaz da comunidade

Disposição para enfrentamento melhorado

Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade

Sobrecarga de estresse

Sentimento de impotência

Risco de sentimento de impotência

Medo

Negação ineficaz

Pesar

Pesar complicado

Risco de pesar complicado

Planejamento de atividade ineficaz

Risco de planejamento de atividade ineficaz

Disposição para poder melhorado

Regulação do humor prejudicada

Risco de resiliência comprometida

Disposição para resiliência melhorada

Resiliência prejudicada

Tristeza crônica

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

Comportamento desorganizado do lactente

Risco de comportamento desorganizado do lactente

Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente

Disreflexia autonômica

Risco de disreflexia autonômica

Domínio 10. Princípios da Vida

Disposição para bem-estar espiritual melhorado

Conflito de decisão

Tomada de decisão emancipada prejudicada

Disposição para religiosidade melhorada

Religiosidade prejudicada

Risco de religiosidade prejudicada

Sofrimento espiritual

Risco de sofrimento espiritual

Sofrimento moral

Disposição para tomada de decisão melhorada

Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada

Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada

Domínio 11. Segurança/Proteção

Risco de infecção

Risco de aspiração

Risco de choque

Dentição prejudicada

Desobstrução ineficaz de vias aéreas

Risco de disfunção neurovascular periférica

Integridade da pele prejudicada

Risco de integridade da pele prejudicada

Integridade tissular prejudicada

Risco de integridade tissular prejudicada

Risco de lesão

Risco de lesão por posicionamento perioperatório

Risco de lesão térmica

Risco de lesão na córnea

Risco de lesão do trato urinário

Risco de mucosa oral prejudicada

Mucosa oral prejudicada

Risco de olho seco

Risco de quedas

Recuperação cirúrgica retardada

Risco de recuperação cirúrgica retardada

Risco de sangramento

Risco de síndrome da morte súbita do lactente

Risco de sufocação

Risco de trauma

Risco de trauma vascular

Risco de úlcera por pressão

Automutilação

Risco de automutilação

Risco de suicídio

Risco de violência direcionada a outros

Risco de violência direcionada a si mesmo

Contaminação

Risco de contaminação

Risco de envenenamento

Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo

Risco de resposta alérgica

Resposta alérgica ao látex

Risco de resposta alérgica ao látex

Hipertermia

Hipotermia

Risco de hipotermia

Risco de hipotermia perioperatória

Termorregulação ineficaz

Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

Domínio 12. Conforto

Disposição para conforto melhorado

Conforto prejudicado

Dor aguda

[Dor crônica](#)

[Dor no trabalho de parto](#)

[Náusea](#)

[Síndrome da dor crônica](#)

[Isolamento social](#)

[Risco de solidão](#)

[Domínio 13. Crescimento/Desenvolvimento](#)

[Risco de crescimento desproporcional*](#)

[Risco de desenvolvimento atrasado](#)

[Diagnósticos de enfermagem aceitos para desenvolvimento e validação clínica 2015-2017](#)

[Campo de energia perturbado \(antes com o código 00050\) –](#)

[Retirado da taxonomia, categorizado como LOE 1.2 2013 \(1994, 2004\)](#)

[Definição](#)

[Características definidoras](#)

[Fatores relacionados](#)

[Parte 4](#)

[Processos e procedimentos para envio para análise e revisão de diagnósticos da NANDA-I](#)

[Glossário](#)

[Um convite para você se unir à NANDA International](#)

[Conheça também](#)

[Sobre o Grupo A](#)

Diretrizes para permissão de direitos autorais da NANDA International

Os materiais apresentados neste livro têm os direitos autorais assegurados, e toda a legislação referente é aplicável. Qualquer uso que não seja a leitura ou consulta do livro em inglês demanda uma licença da Wiley.

Exemplos desse tipo de reutilização incluem, mas não se limitam a isto:

- Editora, outra organização ou pessoa que desejar traduzir todo o livro, ou partes dele.
- Autor ou editora que deseje usar toda a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, ou partes dela, em livro-texto ou manual de enfermagem disponível para venda.
- Autor ou empresa que deseje usar a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem em materiais audiovisuais.
- Desenvolvedor de *software* ou fabricante de prontuários eletrônicos que deseje usar a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem em inglês em um programa ou aplicativo (p. ex., prontuário eletrônico de saúde ou aplicativo eletrônico para assistente digital pessoal [PDA]/*smartphone*).
- Escola de enfermagem, pesquisador, organização profissional ou estabelecimento de saúde que deseje usar a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem em um programa educativo.
- Pesquisador que deseje usar a taxonomia para pesquisas acadêmicas não comerciais. A proposta será enviada pela Wiley à NANDA-I para aprovação, antes de ser dada permissão. Pesquisadores são estimulados a enviarem os resultados de suas pesquisas ao *International Journal of Nursing Knowledge* e a apresentarem os resultados, se for o caso, em alguma conferência da NANDA-I.
- Hospital que deseje integrar a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem a seus registros eletrônicos de saúde.
- Qualquer um dos usos explicitados anteriormente em idioma diferente do inglês.

Por favor, envie todas as solicitações por e-mail para nanda@wiley.com ou pelo correio para:

NANDA International Copyright Requests
Global Rights Department
John Wiley & Sons Ltd.
The Atrium
Southern Gate
Chichester
West Sussex
PO19 8SQ
UK

Prefácio

A edição 2015-2017 do clássico *Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação* traz mais diagnósticos de aplicação clínica como resultado da atenção criteriosa do Comitê de Desenvolvimento Diagnóstico às traduções potenciais do conceito, da definição, das características definidoras, dos fatores relacionados e de risco dos diagnósticos. No passado, alguns enfermeiros questionaram a aplicabilidade de nosso trabalho em seus países e jurisdição. As mudanças na edição 2015-2017 foram implementadas de modo a incorporar a diversidade e as diferenças de prática no mundo. A edição mais recente não é considerada somente uma linguagem, mas, na verdade, um corpo de conhecimento da enfermagem. Os diagnósticos novos e revisados baseiam-se na situação das evidências em todo o mundo e são submetidos, analisados, revisados e aprovados por enfermeiros especialistas em diagnosticar, pesquisadores e educadores especializados em enfermagem. A edição mais recente reforça a aplicabilidade cultural com 26 novos diagnósticos e 14 diagnósticos revisados. Além disso, o texto inclui mudanças nas categorias dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (com foco no problema, de risco, de promoção da saúde), e na definição geral do diagnóstico de enfermagem.

A NANDA -I é uma organização sem fins lucrativos composta por diversos membros. Isso significa que, exceto pelas funções de gerenciamento e administração dos negócios, todo o trabalho é realizado por voluntários. Alguns dos mais talentosos enfermeiros cientistas e estudiosos de enfermagem são ou foram voluntários da NANDA-I. Diferentemente da maioria das entidades comerciais, não existe um escritório em algum local com enfermeiros pesquisadores trabalhando em diagnósticos de enfermagem. Os voluntários são pessoas como você e eu, que doam seu tempo e conhecimentos à NANDA-I porque acreditam fortemente na importância dos cuidados ao paciente e na contribuição que a enfermagem e os enfermeiros podem dar e dão à sociedade.

Com a publicação de cada nova edição do nosso trabalho, surgem mais traduções. Orgulho-me de ter o trabalho publicado em vários idiomas nessa organização com membros no mundo todo. A relação com nosso parceiro de publicação, Wiley-Blackwell, consolidou-se nos últimos cinco anos. Temos um acordo de assegurar que todas as traduções sejam precisas e exatas. Com nossos editores, hoje temos um mecanismo sólido de garantia de qualidade para assegurar a exatidão de cada tradução. O documento-base para cada tradução é a versão em inglês norte-americano. Estamos profundamente comprometidos em assegurar a integridade do trabalho no mundo todo, e convidamos você a apoiar-nos nessa busca, para melhorar a segurança do paciente e a consistência do cuidado com base em evidências e altamente qualificado. Como uma organização sem fins lucrativos, é claro que precisamos de recursos para administrar a organização, facilitar reuniões dos comitês e Comissão de Diretores, patrocinar a página na Internet e nossa base de conhecimentos, além de dar apoio às ofertas educativas e conferências no mundo. Esses recursos provêm das licenças vendidas à publicação e do uso de nosso trabalho na forma eletrônica. Pela primeira vez, neste ano estaremos oferecendo um aplicativo

eletrônico da terminologia da NANDA-I, acrescido de uma característica de coleta de dados e de apoio à tomada de decisões para alguns dos diagnósticos mais utilizados. Esse tipo de trabalho também exige recursos para desenvolvimento e teste.

Sendo uma organização internacional, valorizamos a diversidade cultural e as diferenças na prática. No entanto, como provedores de conhecimento e da linguagem padronizada de diagnósticos de enfermagem de maior sucesso no mundo, temos o dever de oferecer a você exatamente isto: conhecimento em diagnósticos de enfermagem padronizados. Não apoiamos mudanças nos diagnósticos quando são solicitadas por tradutores ou especialistas clínicos em uma edição, em determinado idioma, mesmo que o diagnóstico em questão careça de aplicabilidade naquela cultura. Isso se deve ao compromisso sólido que temos com a percepção dos benefícios clínicos do conteúdo de conhecimentos em diagnósticos de enfermagem às diversas culturas e especializações. Não acreditamos que devemos apoiar a censura às informações clínicas neste texto. Como enfermeiro, é de sua responsabilidade o uso adequado de um diagnóstico e de termos em sua prática. Sem dúvida, não seria apropriado a todos nós a utilização de todos os diagnósticos desta edição, uma vez que não há enfermeiro capaz de alegar competência em todas as esferas de prática, simultaneamente. Enfermeiros com segurança clínica são profissionais que usam a reflexão na prática; um componente essencial à atuação segura é compreender, na íntegra, a própria competência clínica. É altamente provável a existência de vários diagnósticos nesta edição que jamais serão utilizados em sua prática; outros, você poderá utilizar diariamente. Isso nos leva à questão da aplicabilidade cultural, uma vez que, estudando esta edição, você encontrará diagnósticos que não se aplicam à sua prática ou cultura: nesse caso, cabe a você simplesmente não os utilizar. No entanto, com base em minha vasta experiência clínica como enfermeira, peço, encarecidamente, que você não ignore por completo os diagnósticos capazes de, num primeiro momento, soarem culturalmente estranhos. Vivemos em uma sociedade transcultural e altamente mutável; explorar aqueles diagnósticos que, em um momento inicial, parecerem incomuns, pode desafiar seu pensamento e abrir novas possibilidades e compreensão. Tudo isso é parte de ser um profissional que reflete e aprende durante sua vida.

Cada diagnóstico é produto do trabalho de um ou mais de nossos diversos voluntários ou usuários da NANDA International, e a maioria deles tem uma base de evidências definida. Cada novo diagnóstico e cada diagnóstico revisado será alvo de debate e refinamento pelo Comitê de Desenvolvimento Diagnóstico (*Diagnosis Developing Committee, DDC*) antes de ser, finalmente, submetido ao voto dos membros da NANDA-I para aprovação. Somente com voto positivo dos membros, o diagnóstico novo ou revisado é incluído na edição. Se você, entretanto, achar que determinado diagnóstico está incorreto e exige revisão, sua perspectiva é bem-vinda. Você deve entrar em contato com o presidente do DDC através da página da instituição na Internet. Anexe, por favor, o máximo de evidências possível em apoio à sua alegação. Trabalhando desse modo, não mudaremos apenas uma tradução ou uma edição, mas podemos assegurar que nosso conhecimento em diagnósticos de enfermagem continue a ter integridade e consistência, e que todos se beneficiem da sabedoria e trabalho dos estudiosos. Nós o convidamos a submeter novos diagnósticos, além de revisões dos diagnósticos em uso, utilizando as orientações de

submissão na página da NANDA-I.

Um dos principais desdobramentos relativos aos membros, em anos mais recentes, foi o conteúdo educativo publicado pela Artmed/Panamericana Editora Ltda. (Porto Alegre, Brasil), que compila módulos educativos, publicados em português, conhecidos como PRONANDA. Uma oferta similar logo surgirá em espanhol. Outros desdobramentos incluem a base de dados da NANDA-I para pesquisadores e outros profissionais que precisem desenvolver conteúdo eletrônico. O Comitê de Educação e Pesquisa (*Educational and Research Committee*) está preparando novos materiais educativos para auxiliar no processo educacional. O objetivo desta nova edição é apoiar quem está aprendendo a diagnosticar, além de permitir que aqueles que tomam as decisões tenham acesso a informações sobre diagnósticos que descrevam problemas, riscos e necessidades de promoção da saúde de pessoas, famílias, grupos e comunidades. Tive grande interesse nos membros da NANDA-I, uma vez que o corpo de conhecimentos de enfermagem é essencial ao planejamento da lógica de apoio à decisão clínica para sistemas de prontuários eletrônicos e análise de dados.

Quero elogiar o trabalho dos voluntários, membros da NANDA-I, e dos presidentes de comitês e Diretoria, pelo tempo, dedicação e entusiasmo e, é claro, apoio. Quero também agradecer aos nossos funcionários, liderados pela CEO/Diretora Executiva, Dra. T. Heather Herdman, por seus esforços e apoio. Agradeço a parceria na publicação de nosso trabalho, a Wiley-Blackwell, bem como editoras/parceiros na tradução de nossos esforços e sua publicação global, um apoio à disseminação do conteúdo de conhecimentos e da base de dados elaborada pela NANDA-I.

De modo especial, agradeço aos membros do DDC pelos esforços notáveis e oportunos de revisão analítica e edição dos diagnósticos que são a alma deste livro. Em especial, agradeço a liderança do DDC, na pessoa da Dra. Shigemi Kamitsuru, desde 2010. Esse comitê maravilhoso, com representação da América do Norte e Latina, Europa e Ásia, é a verdadeira “casa de máquinas” do conteúdo de conhecimentos da NANDA-I, e sinto-me profundamente impressionada e maravilhada diante do trabalho extraordinário desses voluntários ao longo dos anos.

Finalmente, quando conheci e aprendi a usar os diagnósticos de enfermagem, há 30 anos, jamais imaginei que seria eleita presidente da NANDA-I, estabelecendo a agenda desse incrível corpo de conhecimentos de enfermagem. Saudei a oportunidade como voluntária da NANDA-I, porque valorizei o apoio ao avanço de conhecimentos significativos e úteis em apoio a enfermeiros e estudantes de enfermagem. Todos os enfermeiros estão tomando decisões clínicas na prática, na educação, na administração de processos de raciocínio crítico e nos materiais eletrônicos em apoio à decisão clínica. É por tudo isso que a NANDA Internacional, Inc. teve, e continua a ter, um papel no aperfeiçoamento da qualidade do atendimento baseado em evidências e na segurança dos cuidados ao paciente, permanecendo a base central dos conhecimentos aos enfermeiros.

Jane M. Brokel, PhD, RN, FNI Presidente da NANDA International, Inc.

Introdução

Este livro está dividido em quatro partes.

- **A Parte 1** apresenta a Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International, Inc. A Taxonomia II organiza os diagnósticos em domínios e classes. Há informações sobre diagnósticos novos na taxonomia, ou retirados dela durante o mais recente ciclo de revisão.
- **A Parte 2** traz capítulos sobre fundamentos do diagnóstico de enfermagem, coleta de dados e julgamento clínico. São capítulos escritos principalmente para estudantes, clínicos e educadores. Houve mudanças nos capítulos em razão de um retorno incrivelmente útil de leitores do mundo todo, além de questionamentos que recebemos todo o tempo na NANDA International, Inc.
- **A Parte 3** inclui os conteúdos essenciais do livro *Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação*, isto é, os 235 diagnósticos, com definições, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. Os diagnósticos estão categorizados conforme a Taxonomia II, primeiro, por domínio; depois, por classe. Em seguida, ordenam-se na ordem alfabética (em inglês) por classe, de acordo com o foco diagnóstico. Recomendamos que todas as traduções mantenham essa ordem (domínio, classe, ordem alfabética no próprio idioma) de modo a facilitar as discussões entre grupos interlinguísticos.
- **A Parte 4** inclui informações especificamente relacionadas à NANDA-I. Informações a respeito de processos e procedimentos relativos à revisão dos diagnósticos da NANDA-I, ao processo de submissão e aos critérios de nível de evidências. É oferecido também um glossário. Finalmente, são fornecidas informações específicas sobre organização e os benefícios para os membros.

Como usar este livro

Conforme observado anteriormente, os diagnósticos de enfermagem estão listados por domínio, classe e ordem alfabética, de acordo com o foco de cada um. Por exemplo, *Sentar-se prejudicado* é parte do Domínio 4 (Atividade/Repouso), Classe 2 (Exercício):

00238

Sentar-se prejudicado

(2013; LOE 2.1)

Esperamos que a organização dos *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2015-2017* proporcione um uso eficiente e efetivo. Queremos seu *feedback*. Suas sugestões podem ser enviadas por e-mail para mexecdir@nanda.org.

Parte 1

Mudanças na terminologia da NANDA International

Introdução

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Nesta seção são apresentadas as informações introdutórias da nova edição da *Taxonomia da NANDA International*, 2015-2017. Estão incluídos, aqui, uma visão geral das principais mudanças na edição, diagnósticos novos e revisados, mudanças na localização na taxonomia, mudanças nos títulos dos diagnósticos e diagnósticos removidos ou retirados.

Pessoas e grupos que submeteram diagnósticos novos ou revisados para aprovação são identificados. Houve a atualização de uma perspectiva histórica, desenvolvida por Betty Ackley para a edição anterior deste livro, de modo a incluir essas informações, disponível agora na página da NANDA-I na Internet, em www.nanda.org.

Trazemos também uma descrição das mudanças editoriais; os leitores perceberão que quase todos os diagnósticos têm algumas mudanças, uma vez que trabalhamos para aumentar a padronização dos termos usados em nossos indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco).

Gostaria de oferecer uma nota especialmente importante de agradecimento à Dra. Susan Gallagher-Lepak, da Universidade do Wisconsin – Green Bay College of Professional Studies, que trabalhou comigo durante vários meses para padronizar esses termos. Outros agradecimentos vão à minha coeditora, Dra. Shigemi Kamitsuru, que revisou e analisou criticamente ainda mais nosso trabalho, que retornou a nós na busca de um consenso. Foi um processo extenso, com mais de 5.600 termos individuais que precisaram de revisão! A padronização desses termos, no entanto, possibilitou hoje a codificação de todos os termos indicadores de diagnósticos, facilitando seu uso como dados de avaliação em prontuários eletrônicos, levando ao desenvolvimento, nesses prontuários, de instrumentos de apoio à tomada de decisão clínica crítica aos enfermeiros. Esses códigos estão atualmente disponíveis na página da NANDA-I na Internet.

O que é novo na edição 2015-2017 do livro *Diagnósticos e classificação*?

Nesta edição foram feitas mudanças fundamentadas no retorno dos usuários para atender às necessidades de estudantes e profissionais, além de fornecer apoio adicional a educadores. Todos os capítulos são novos, exceto o da *Taxonomia da NANDA-I: especificações e definições*, que revisa o que havia na edição anterior. Há apresentações correspondentes na Internet, disponíveis para professores e estudantes, que incrementam as informações encontradas em cada um dos capítulos; há ícones indicativos nos textos em que tais recursos estão disponíveis.

Foi incluído um capítulo novo com enfoque nas *Perguntas feitas com frequência*. São as questões mais comuns recebidas pela página da NANDA-I e quando nos apresentamos em conferências no mundo.

Agradecimentos

Quase desnecessário mencionar que a dedicação de várias pessoas ao trabalho da NANDA-I fica evidente em sua doação de tempo e esforços para o aperfeiçoamento da terminologia e taxonomia. Este texto representa a culminância do trabalho voluntário incansável de um grupo de pessoas muito dedicadas e extremamente talentosas que desenvolvem, revisam e estudam os diagnósticos de enfermagem há mais de 40 anos.

Gostaríamos ainda de usar a oportunidade para reconhecer e, pessoalmente, agradecer às pessoas a seguir por suas colaborações a esta edição particular do texto da NANDA-I.

Autores de capítulos

- Os fundamentos do diagnóstico de enfermagem – Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN

Revisores de capítulos

- Uma apresentação da taxonomia da NANDA-I – Kay Avant, PhD, RN, FNI, FAAN; Gunn von Krogh, RN, PhD

Revisora da padronização dos termos diagnósticos

- Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN

Favor entrar em contato conosco pelo e-mail execdir@nanda.org se tiver perguntas sobre qualquer parte do conteúdo, ou se encontrar erros, de modo que possam ser corrigidos para publicação e tradução futuras.

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI Editoras NANDA International, Inc.

Mudanças nos diagnósticos de promoção da saúde e de risco

As definições gerais para os diagnósticos de enfermagem foram modificadas durante esse ciclo. São mudanças que causaram impacto na forma como devem ser definidos os atuais

diagnósticos de risco e de promoção da saúde, então você perceberá mudanças em cada definição desses diagnósticos. Tais alterações foram apresentadas aos membros da NANDA-I e aprovadas por votação *on-line*.

Os diagnósticos de risco foram modificados para eliminar a palavra “risco” da definição, agora substituída pela palavra “vulnerabilidade”.

Os diagnósticos de promoção da saúde foram mudados para garantir que as definições refletissem que os diagnósticos são adequados para uso em qualquer estágio no *continuum* saúde-doença, e que um estado de equilíbrio ou saúde não fosse necessário. Da mesma maneira, as características definidoras desses diagnósticos precisavam mudar, uma vez que, em vários casos, representavam estados saudáveis e estáveis. Todas as características definidoras começam agora com a expressão “Expressa o desejo de melhorar”, pois a promoção da saúde exige o desejo do paciente de melhorar sua condição atual, independentemente do que possa ser.

Novos diagnósticos de enfermagem, 2015-2017

Um corpo significativo de trabalho representando diagnósticos novos e revisados foi submetido ao Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I (*NANDA-I Diagnosis Development Committee*), com parte substancial daquele trabalho apresentado aos membros da NANDA-I para análise neste ciclo de revisão. A NANDA-I gostaria de aproveitar essa oportunidade para parabenizar aqueles que submeteram algum material para análise ou revisão que tenha atendido aos critérios de nível de evidências. Vinte e cinco novos diagnósticos foram aprovados pelo Comitê, pela Mesa de Diretores da NANDA-I e pelos membros da NANDA-I (Tabela I.1).

Tabela I.1 Novos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, 2015-2017

<i>Diagnóstico aprovado (novo)</i>	<i>Quem enviou para análise</i>
Domínio 1. Promoção da saúde	
Síndrome do idoso frágil	Margarita Garrido Abejar; M ^a Dolores Serrano Parra; Rosa M ^a Fuentes Chacón
Risco de síndrome do idoso frágil	Margarita Garrido Abejar; M ^a Dolores Serrano Parra; Rosa M ^a Fuentes Chacón
Domínio 2. Nutrição	
Risco de sobrepeso	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Sobrepeso	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Obesidade	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Domínio 3. Eliminação e troca	
Constipação funcional crônica	T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI
Domínio 4. Atividade/repouso	
Sentar-se prejudicado	Christian Heering, EdN, RN
Levantar-se prejudicado	Christian Heering, EdN, RN
Risco de débito cardíaco diminuído	Eduarda Ribeiro dos Santos, PhD, RN; Vera Lúcia Regina Maria, PhD, RN; Mariana Fernandes de Souza, PhD, RN; Maria Gaby Rivero de Gutierrez, PhD, RN; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros, PhD, RN
Risco de função cardiovascular prejudicada	María Begoña Sánchez Gómez PhD(c), RN;

Domínio 9. Tolerância a enfrentamento/estresse

Regulação do humor prejudicada Heidi Bjørge, MnSc, RN

Domínio 10. Princípios de vida

Tomada de decisão emancipada prejudicada Ruth Wittmann-Price, PhD, RN

Disposição para **tomada de decisão emancipada** melhorada Ruth Wittmann-Price, PhD, RN

Risco de **tomada de decisão emancipada** prejudicada Ruth Wittmann-Price, PhD, RN

Domínio 11. Segurança/proteção

Risco de **lesão na córnea** Andreza Werli-Alvarenga, PhD, RN;
Tânia Couto Machado Chianca, PhD,
RN; Flávia Falci Ercole, PhD, RN

Risco de **mucosa oral prejudicada** Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN;
Cristina Mara Zamarioli, RN;
Ana Paula Neroni Stina, RN;
Vanessa dos Santos Ribeiro, estudante da graduação;
Sheila Ramalho Coelho Vasconcelos de Moraes, MNSc, RN

Risco de **úlcera por pressão** T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI;
Cássia Teixeira dos Santos MSN, RN;
Miriam de Abreu Almeida PhD, RN;
Amália de Fátima Lucena PhD, RN

Risco de **recuperação cirúrgica retardada** Rosimere Ferreira Santana, PhD, RN;
Dayana Medeiros do Amaral, BSN;
Shimmenes Kamacael Pereira, MSN, RN; Tallita Mello Delphino, MSN, RN;
Deborah Marinho da Silva, BSN;
Thais da Silva Soares, BSN

Risco de **integridade tissular prejudicada** Katiucia Martins Barros MS, RN;
Dacilé Vilma Carvalho, PhD, RN

Risco de **lesão do trato urinário** Danielle Cristina Garbui, MS;
Elaine Santos, MS, RN;
Emília Campos de Carvalho, PhD, RN;
Tânia Couto Machado Chianca, PhD, RN;
Anamaria Alves Napoleão, PhD, RN

Controle emocional instável Gülendarm Hakverdioğlu Yönt, PhD,
RN; Esra Akin Korhan, PhD, RN;
Leyla Khorshid, PhD, RN

Risco de **hipotermia** T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI

Risco de **hipotermia** perioperatória Manuel Schwanda, BSc., RN;
Prof. Marianne Kriegl, Mag.;
Maria Müller Staub, PhD, EdN, RN, FEANS

Domínio 12. Conforto

Síndrome de dor crônica T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI

Dor no trabalho de parto Simone Roque Mazoni, PhD, RN;
Emilia Campos de Carvalho, PhD, RN

Diagnósticos de enfermagem revisados, 2015-2017

Treze diagnósticos foram revisados durante este ciclo; cinco foram aprovados pelo DDC por meio do processo rápido de revisão, e oito foram revisados por meio do processo padrão de revisão. A Tabela I.2 mostra esses diagnósticos, salienta as revisões feitas em cada um e identifica quem os enviou para análise.

Tabela I.2 Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I revisados, 2015-2017

	Revisão					Comentário
	CD retira	CD adicion	FRe/FRI retirado	FRe/FRI adicion ado	Definição revisada	
Diagnóstico aprovado (revisado)						

da ada					
Domínio 2. Nutrição					
Amamentação ineficaz	1	1	1	10	X
<ul style="list-style-type: none"> A definição reflete uma mudança do foco no processo de vínculo para foco na nutrição Duas características definidoras foram mudadas para fatores relacionados 					
Submetido por: T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI					
Amamentação interrompida	6	1		1	X
<ul style="list-style-type: none"> A definição reflete uma mudança do foco no processo de vínculo para foco na nutrição Uma característica definidora foi mudada para fator relacionado 					
Submetido por: T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI					
Disposição para amamentação melhorada	1	2			X
<ul style="list-style-type: none"> A definição reflete uma mudança do foco no processo de vínculo para foco na nutrição 					
Submetido por: T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI					
Volume de líquido excessivo		2			
Submetido por: Eneida Rejane Rabelo da Silva ScD, RN; Quenia Camille Soares Martins ScD, RN; Graziella Badin Aliti ScD, RN					
Domínio 4. Atividade/repouso					
Mobilidade física prejudicada		1			
Submetido por: Eneida Rejane Rabelo da Silva ScD, RN; Angelita Paganin Msc, RN					
Domínio 7. Papéis e relacionamentos					
Risco de tensão do papel de cuidador					X
<ul style="list-style-type: none"> Definição revisada para ficar consistente com a definição com foco no problema 					
Domínio 10. Princípios da vida					
Sufrimento espiritual	4	7		11	X
Submetido por: Sílvia Caldeira PhD, RN; Emília Campos de Carvalho PhD, RN; Margarida Vieira PhD,RN					
Domínio 11. Segurança/proteção					
Risco de temperatura corporal desequilibrada				10	
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico revisado para incorporar características neonatais 					
Submetido por: T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI					
Hipertermia		9	1	3	x
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico revisado para incorporar características neonatais 					
Submetido por: T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI					
Hipotermia		24	4	8	X
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico revisado para incorporar características neonatais 					
Submetido por: T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI					
Recuperação cirúrgica retardada	6	4	1	8	
Submetido por: Rosimere Ferreira Santana, Associate PhD, RN; Shimmenes Kamacael Pereira, MSN, RN; Tallita Mello Delphino, MSN, RN; Dayana Medeiros do Amaral, BSN; Deborah Marinho da Silva, BSN; Thais da Silva Soares, BSN; Marcos Venicius de Oliveira Lopes, PhD,RN					

Integridade tissular prejudicada 3 10 X

Submetido por:

Katiucia Martins Barros MS, RN; Daclé Vilma Carvalho PhD, RN

Domínio 12. Conforto

Dor aguda 6 6 1 3 X

Submetido por:

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Dor crônica 10 5 2 35 X

Submetido por:

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

CD, característica definidora; FRe, fator relacionado; FRi, fator de risco.

Mudanças na localização dos diagnósticos atuais na Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017

Uma revisão da atual estrutura taxonômica e da localização dos diagnósticos nessa estrutura gerou algumas mudanças na forma como hoje determinados diagnósticos estão classificados na taxonomia da NANDA-I. Cinco diagnósticos de enfermagem receberam nova localização na taxonomia. A Tabela I.3 os apresenta com as posições anteriores e as novas anotadas na taxonomia.

Tabela I.3 Mudanças na localização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, 2015-2017

Diagnóstico de enfermagem	Localização anterior		Localização nova	
	Domínio	Classe	Domínio	Classe
Falta de adesão	Princípios da Vida	Coerência valor/crença/ação	Promoção da Saúde	Controle da Saúde
Amamentação Ineficaz ¹	Papéis e Relacionamentos	Papéis do cuidador	Nutrição	Ingestão
Amamentação interrompida ¹	Papéis e Relacionamentos	Papéis do cuidador	Nutrição	Ingestão
Disposição para amamentação melhorada ¹	Papéis e Relacionamentos	Papéis do cuidador	Nutrição	Ingestão
Disposição para esperança melhorada	Princípios da Vida	Valores	Autopercepção	Autopercepção
Risco de solidão	Autopercepção	Autoconceito	Conforto	Conforto Social

¹ Realocação em razão de revisão do diagnóstico, inclusive mudança na definição.

Revisões dos títulos diagnósticos na Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017

Foram realizadas mudanças em cinco títulos diagnósticos. Tais mudanças e suas justificativas são apresentadas na Tabela I-4.

Tabela I.4 Revisões dos títulos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, 2015-2017

Rótulo do diagnóstico anterior	Novo rótulo diagnóstico	Justificativa
Autocontrole ineficaz da saúde	Controle ineficaz da saúde	Não há necessidade de incluir “auto” no título do diagnóstico, já que é pressuposto que o foco diagnóstico é o indivíduo, a menos que seja enunciado de modo diferente.
Disposição para autocontrole da saúde melhorado	Disposição para controle da saúde melhorado	Não há necessidade de incluir “auto” no título do diagnóstico, já que é pressuposto que o foco diagnóstico é o indivíduo, a menos que seja enunciado de modo diferente.

Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	Controle familiar ineficaz da saúde	A definição é coerente com os diagnósticos de controle da saúde de indivíduos; assim, o título do diagnóstico deve refletir o mesmo foco diagnóstico.
Resiliência individual prejudicada	Resiliência prejudicada	Não há necessidade de incluir “individual” no título do diagnóstico, já que é pressuposto que o foco diagnóstico é o indivíduo, a menos que seja enunciado de modo diferente.
Risco de resiliência comprometida	Risco de resiliência prejudicada	O diagnóstico com foco no problema traz o título diagnóstico, Resiliência prejudicada, e a definição do diagnóstico de risco é consistente com esse diagnóstico.

Diagnósticos de enfermagem retirados da Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017

Sete diagnósticos de enfermagem foram removidos da taxonomia por não haver atualização que os levasse a um nível de evidências de 2.1, por não haver mudança na classificação do nível de evidência para apoiar o diagnóstico, ou por novos diagnósticos terem substituídos-os. A Tabela I.5 informa sobre cada um dos diagnósticos retirados da taxonomia.

Tabela I.5 Diagnósticos de enfermagem retirados da Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017

<i>Título do diagnóstico retirado</i>	<i>Título do diagnóstico novo</i>	<i>Justificativa</i>
Campo de energia perturbado (00050)	-	Retirado da taxonomia, mas realocado no nível de evidência (NDE) 1.2, Nível Teórico, para Desenvolvimento e Validação (o NDE 1.2 não é aceito para publicação e inclusão na taxonomia; todo o apoio literário encontrado hoje para esse diagnóstico tem mais a ver com intervenção do que com o próprio diagnóstico de enfermagem)
Insuficiência da capacidade do adulto para melhorar (00101)	Síndrome do idoso frágil	Novo diagnóstico substituiu o anterior
Disposição para estado de imunização melhorado (00186)	-	O diagnóstico foi indicado para retirada na edição de 2012-2014. Além disso, esse conteúdo está atualmente coberto no diagnóstico “Disposição para controle da saúde melhorado”
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (00001)	Obesidade Sobrepeso	Novos diagnósticos substituíram o anterior
Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (00003)	Risco de sobrepeso	Novo diagnóstico substituiu o anterior
Síndrome da interpretação ambiental prejudicada (00127)	-	O diagnóstico foi indicado para retirada na edição de 2012-2014, a menos que tivesse sido concluído o trabalho adicional para atendimento à definição de diagnósticos de síndrome. Esse trabalho não foi concluído.
Atraso no crescimento e no desenvolvimento (00111)		O diagnóstico foi indicado à remoção na edição de 2012-2014, a menos que tivesse sido concluído trabalho adicional para separar os focos de (1) crescimento e (2) desenvolvimento, criando conceitos diagnósticos distintos. Esse trabalho não foi concluído.

Padronização dos termos indicadores do diagnóstico

Nos dois ciclos anteriores deste livro, estava ocorrendo um trabalho lento de redução da variação nos termos usados para características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. Foi um trabalho realizado com seriedade, com vários meses dedicados a análise, revisão e padronização dos termos usados. Não foi tarefa fácil e envolveu muitas horas de análise, buscas bibliográficas, discussão e consulta a especialistas clínicos de diferentes

especialidades.

O processo empregado incluiu uma análise individual dos domínios em questão, seguida da revisão independente, feita por outra pessoa, dos termos em uso e dos recentemente recomendados. Depois, os dois revisores se encontraram, pessoalmente ou via Internet em videoconferências, analisando todas as linhas pela terceira vez, mas juntos. Alcançado o consenso, um terceiro revisor fez nova análise independente dos termos atuais e dos recomendados. Todas as discrepâncias foram discutidas até que o consenso fosse alcançado. Terminado todo o processo para cada um dos diagnósticos, inclusive novos e revisados, deu-se início a um processo de filtragem de termos semelhantes. Por exemplo, todos os termos com a raiz “pulmo-” foram procurados de modo a assegurar a manutenção da consistência. Expressões comuns foram também usadas para filtragem, tais como verbaliza, relata, afirma; falta de; insuficiente; inadequado; excesso, etc. Esse processo continuou até que a equipe não conseguisse encontrar termos adicionais que antes não haviam sido revisados.

Dito isso, sabemos que o trabalho não terminou, não é perfeito e pode haver discordâncias com algumas mudanças feitas. Podemos informar que há mais de 5.600 indicadores diagnósticos na terminologia e acreditamos ter realizado um bom esforço inicial de padronização dos termos.

São vários os benefícios, embora três talvez sejam os de maior destaque:

1 As traduções devem ser melhoradas. Houve vários questionamentos de difícil resposta nas duas edições anteriores. Eis alguns exemplos:

- (a) Quando você diz *lack* em inglês, o significado é ausência *de* ou *insuficiente*? Com frequência, a resposta é “Ambos”! Embora a dualidade desse termo seja bem aceita em inglês, a ausência de clareza não dá suporte ao profissional em qualquer idioma, dificultando a tradução para idiomas em que uma palavra diferente seria usada, dependendo do sentido pretendido.
- (b) Há algum motivo pelo qual determinadas características definidoras são colocadas no singular e, em outro diagnóstico, a mesma característica aparece no plural (p. ex., ausência de pessoa[s] significativa[s], ausência de pessoa significativa, ausência de pessoas significativas)?
- (c) Existem muitos termos similares, ou que são exemplos de outros termos empregados na terminologia. Por exemplo, qual é a diferença entre: *cor de pele anormal* (p. ex., *pálida, obscura*), *mudanças de cor*, *cianose*, *pálido*, *mudanças na cor da pele*, *cianose leve*? *As diferenças importam*? Poderiam ser combinadas em um único termo? Algumas traduções são quase a mesma coisa (p. ex., *cor da pele anormal*, *mudanças de cor*, *mudanças na cor da pele*), podemos usar o mesmo termo, ou temos que traduzir exatamente como no inglês?

Reduzir a variação nesses termos deve facilitar a tradução, uma vez que um termo/expressão será usado em toda a terminologia para indicadores similares.

2 A clareza para os enfermeiros da prática clínica deve ser melhorada. A visão de

termos similares confunde estudantes e enfermeiros em atuação, ainda que sejam termos levemente diferentes, em diagnósticos diferentes. São os mesmos? Existe alguma diferença sutil que eles não compreendem? Por que a NANDA-I não é mais clara? E o que dizer a respeito de todos aqueles “p. ex.” na terminologia? Estão ali para ensinar, esclarecer, listar todos os exemplos potenciais? Parece haver uma mistura de todos os que aparecem na terminologia.

Você vai perceber que muitos “p. ex.” foram retirados, a não ser que tenha-se percebido sua real necessidade, com fins esclarecedores. “Dicas de ensino” presentes em alguns parênteses desapareceram também – a terminologia não é o lugar para isso. Fizemos o máximo para condensar termos e padronizá-los, sempre que possível.

3 Este trabalho possibilitou a codificação dos indicadores diagnósticos, que facilitarão seu uso em grandes bases de dados levantados, em prontuários eletrônicos, além de aumentar a disponibilidade de instrumentos de apoio às decisões sobre a precisão no diagnóstico e sua vinculação a planos de tratamento apropriados. Embora não tenhamos incluído os códigos de expressões nesta edição da taxonomia, foi disponibilizada uma lista de todos os indicadores diagnósticos e seus códigos, na página da NANDA-I na Internet. Recomendamos enfaticamente que esses códigos sejam usados em todas as publicações de modo a garantir a exatidão na tradução.

Outras mudanças realizadas na edição de 2015-2017

A lista de indicadores diagnósticos foi encurtada de algumas outras maneiras. Em primeiro lugar, como as características definidoras são identificadas como aquilo que se pode observar, incluindo o que pode ser visto e ouvido, retiramos termos como “observado” e “verbaliza”, de modo que não há mais necessidade de haver dois termos relativos aos mesmos dados. Por exemplo, antes havia duas características definidoras separadas para dor, *relata dor* e *evidência observada de dor*; nesta edição, você simplesmente verá *dor*, que pode ser observada ou relatada.

Em segundo lugar, algumas subcategorias de termos foram deletadas (p. ex., objetivo/subjetivo), visto que perderam sua necessidade. Outras exclusões envolvem listas de agentes farmacêuticos, categorizados na subcategoria de agentes farmacêuticos.

Parte 2

O diagnóstico de enfermagem

Nesta seção, apresentamos capítulos voltados ao estudante, ao educador e ao enfermeiro na prática clínica.

Capítulo 1

Fundamentos do diagnóstico de enfermagem

Susan Gallagher-Lepak, RN, PhD

Este capítulo traz uma breve revisão analítica dos termos do diagnóstico de enfermagem e do processo diagnóstico. Funciona como apresentação básica ao diagnóstico de enfermagem: o que é, seu papel no processo de enfermagem, uma introdução ao elo entre coleta de dados e diagnóstico, e uso do diagnóstico de enfermagem.

Capítulo 2

Da coleta de dados ao diagnóstico

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI e Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Este capítulo traz a importância da coleta de dados de enfermagem para um diagnóstico preciso na prática da enfermagem.

Capítulo 3

Uma introdução à Taxonomia da NANDA-I

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Escrito, basicamente, para estudantes e enfermeiros da prática clínica, este capítulo explica o propósito da taxonomia e como usá-la na prática e na educação. A Tabela 3.1 apresenta os 234 diagnósticos de enfermagem da NANDA-I encontrados na Taxonomia II da NANDA-I, bem como sua localização nos 13 domínios e nas 47 classes. A Tabela 3.2 traz os diagnósticos de enfermagem tais como localizados na Taxonomia III *proposta*.

Capítulo 4

Taxonomia II da NANDA-I: especificações e definições

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI (revisado a partir da edição 2012-2014)

Este capítulo traz informações mais detalhadas sobre a estrutura da taxonomia da NANDA-I, inclusive o sistema multiaxial para a construção dos diagnósticos de enfermagem durante o desenvolvimento diagnóstico. Cada eixo é descrito e definido. Os diagnósticos e seus focos são trazidos, e cada diagnóstico é mostrado, conforme a localização na Taxonomia II da NANDA-I, e a Taxonomy III *proposta*. É estabelecido um elo claro entre o uso da linguagem de enfermagem padronizada, que permite a acurácia diagnóstica, e o aspecto da segurança do paciente; a “criação” de termos durante o cuidado para descrever o raciocínio clínico é fortemente desencorajada devido à falta de padronização, capaz de levar a planos de atendimento inadequados, resultados insatisfatórios e incapacidade de pesquisar ou demonstrar, com precisão, o impacto dos cuidados de enfermagem nas reações humanas.

Capítulo 5

Perguntas feitas com frequência

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI and Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Este capítulo traz respostas a algumas perguntas feitas com maior frequência por estudantes, educadores e enfermeiros da prática clínica em todo o mundo, por meio da página da NANDA-I, e quando o quadro de diretores viaja para apresentar conferências internacionais.

Capítulo 1

Fundamentos do diagnóstico de enfermagem

Susan Gallagher-Lepak, RN, PhD

O atendimento de saúde é feito por diversos tipos de profissionais, incluindo enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Isso se dá em hospitais e outros locais no *continuum* dos cuidados (p. ex., clínicas, atendimento domiciliar, atendimento em instituições de longa permanência, igrejas, prisões). Cada disciplina de saúde traz seu corpo singular de conhecimentos para o atendimento do cliente. De fato, um corpo de conhecimento único costuma ser citado como característica definidora da profissão.

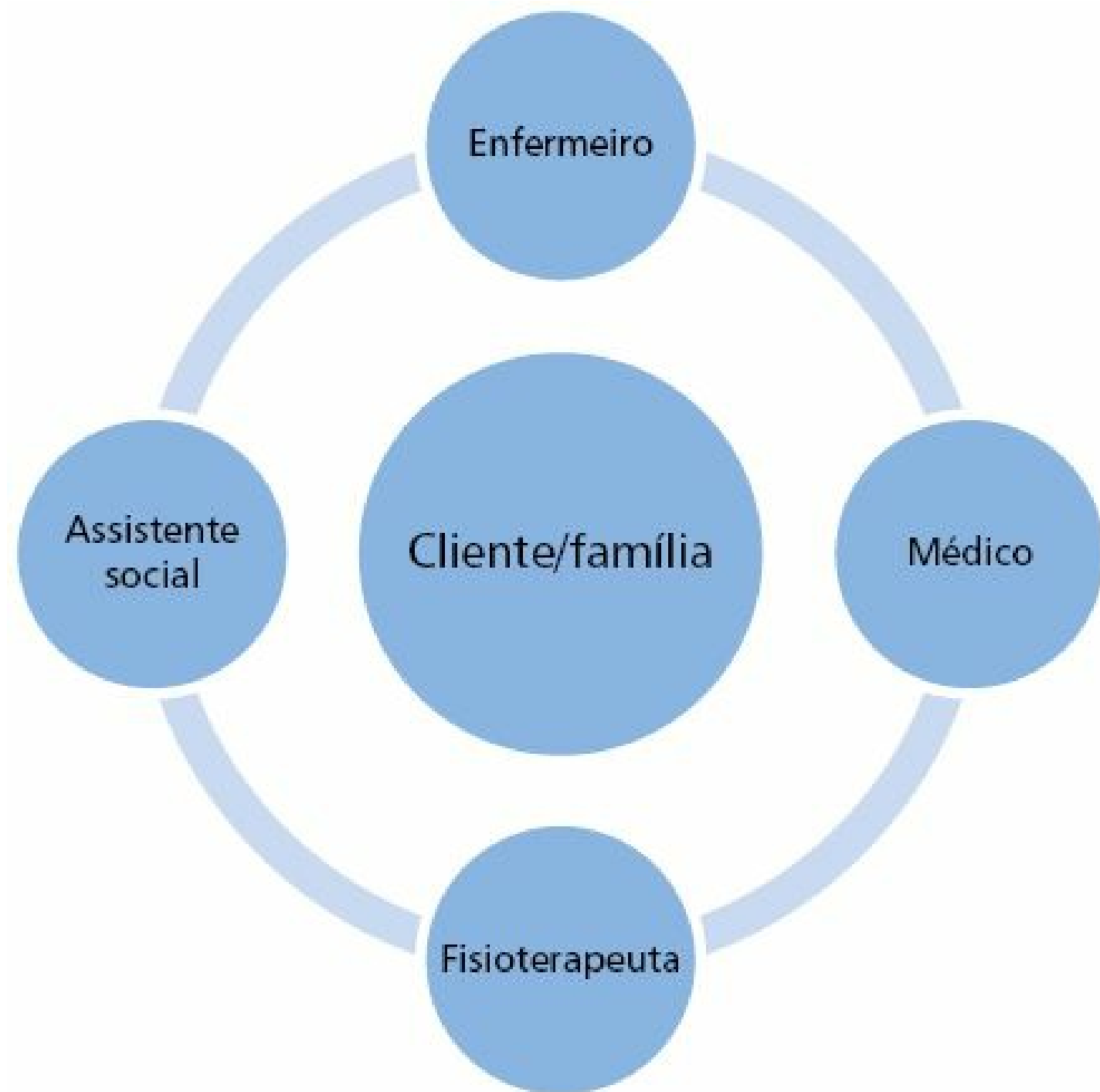
Ocorre colaboração e, por vezes, sobreposição, entre profissionais durante o atendimento (Figura 1.1). Exemplificando, um médico pode prescrever que o cliente ande duas vezes ao dia. O fisioterapeuta concentra-se nos músculos e movimentos principais, necessários ao andar. A enfermagem tem uma visão holística do paciente, incluindo equilíbrio e força muscular associados ao andar, bem como confiança e motivação. O trabalho de cunho social pode ter envolvimento com o plano de saúde para o equipamento necessário.

Cada profissão na área da saúde tem uma maneira de descrever “**o que**” a profissão conhece e “**como**” age em relação ao que conhece. Este capítulo concentra-se, basicamente, em “o quê”. Uma profissão pode ter uma linguagem comum empregada para descrever e codificar seu conhecimento. Médicos tratam a doença e usam a taxonomia da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para representar e codificar os problemas que tratam. Psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental tratam de problemas de saúde mental e usam o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Enfermeiros tratam respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos de vida e usam a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA International Inc. (NANDA-I). A taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e o processo diagnóstico que a utiliza serão descritos com mais detalhes.

A taxonomia da NANDA-I oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas que preocupam a enfermagem (isto é, focos diagnósticos). Possui 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Um domínio é “uma esfera de conhecimentos. Exemplos de domínios na taxonomia da NANDA-I incluem: nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, ou enfrentamento/ tolerância ao estresse” (Merriam-Webster, 2009). Os domínios dividem-se em classes (agrupamentos com atributos comuns).

Os enfermeiros lidam com respostas a condições de saúde/processos de vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Essas respostas são a preocupação central dos cuidados de enfermagem e ocupam o lugar no círculo reservado à profissão, na Figura 1.1. Um diagnóstico de enfermagem pode ser voltado a um problema, um estado de promoção da saúde ou de risco potencial (Herdman, 2012):

Figura 1.1 Exemplo de uma equipe de saúde colaborativa.



- **Diagnóstico com foco no problema** –julgamento clínico a respeito de uma *resposta humana indesejável* a uma condição de saúde/processo de vida que existe em pessoa, família, grupo ou comunidade.
- **Diagnóstico de risco** –julgamento clínico a respeito da *vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável* a condições de saúde/processos de vida.
- **Diagnóstico de promoção da saúde** –julgamento clínico a respeito da *motivação e do desejo* de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. As respostas de

promoção da saúde podem existir em indivíduo, família, grupo ou comunidade.

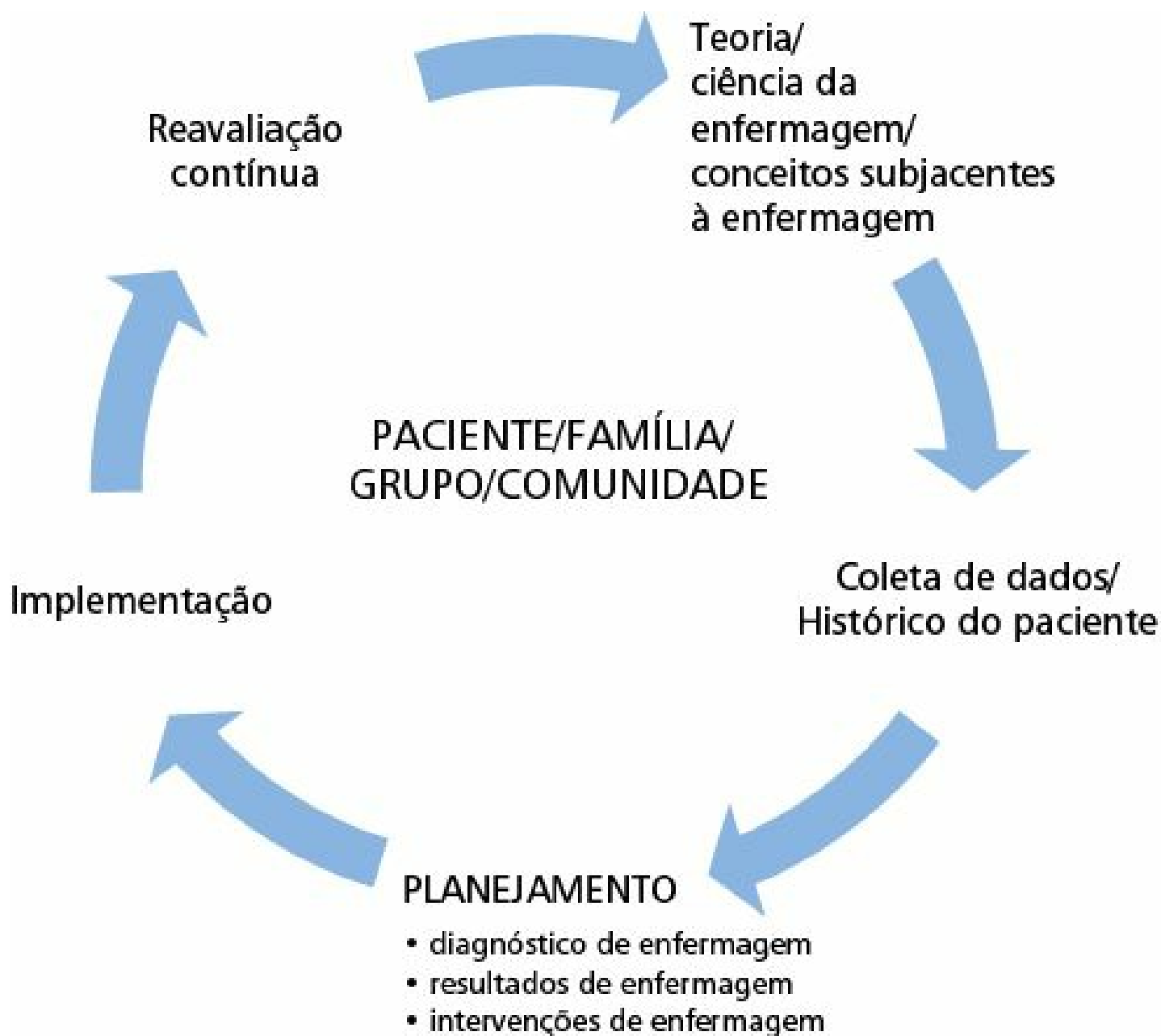
Embora de número limitado na taxonomia da NANDA-I, uma **síndrome** pode estar presente. É um julgamento clínico relativo a um *agrupamento de diagnósticos de enfermagem* que ocorrem juntos, sendo mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares. Um exemplo é a *Síndrome da dor crônica* (00255). A dor crônica é uma sensação recorrente ou persistente, que dura no mínimo três meses e afeta, de modo significativo, o funcionamento ou bem-estar diário. Essa síndrome se distingue da dor crônica pelo fato de ter ainda um impacto importante em outras respostas humanas, incluindo assim outros diagnósticos, como *Padrão de sono prejudicado* (00198), *Isolamento social* (00053), *Fadiga* (00093) ou *Mobilidade física prejudicada* (00085).

Como um enfermeiro (ou estudante de enfermagem) diagnostica?

O processo de enfermagem inclui coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, estabelecimento de resultados, intervenção e avaliação (Figura 1.2). Enfermeiros usam a coleta de dados e o julgamento clínico para formular hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais presentes, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde. Todas essas etapas exigem conhecimento de conceitos subjacentes à ciência da enfermagem antes da identificação de padrões nos dados clínicos ou da elaboração de diagnósticos exatos.

Figura 1.2 O processo de enfermagem modificado.

De T.H. Herdman (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional. [Case Management using NANDA International nursing diagnosis] XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, Mexico. (Spanish).



Entendendo os conceitos de enfermagem

Conhecer conceitos essenciais, ou focos diagnósticos de enfermagem, é necessário antes de iniciar uma coleta de dados. Exemplos de conceitos críticos importantes à prática da enfermagem incluem respiração, eliminação, termorregulação, conforto físico, autocuidado e integridade da pele. Entender tais conceitos permite ao enfermeiro identificar padrões nos dados e fazer um diagnóstico preciso. Áreas-chave à compreensão do conceito de dor, por exemplo, incluem manifestações de dor, teorias da dor, populações de risco, conceitos fisiopatológicos relacionados (p. ex., fadiga, depressão) e controle da dor. O completo entendimento de conceitos-chave é necessário, além da distinção dos diagnósticos. Exemplificando, para entender hipotermia ou hipertermia, um enfermeiro precisa, inicialmente, compreender os conceitos centrais de estabilidade térmica e termorregulação. Procurando problemas que podem ocorrer com a *termorregulação*, o profissional estará diante dos diagnósticos de *Hipotermia* (00006) (ou risco de) e *Hipertermia* (00007) (ou risco de), mas também devem ser considerados

os diagnósticos *Risco de desequilíbrio na temperatura corporal* (00005) e *Termorregulação ineficaz* (00008). Ele poderá coletar uma quantidade significativa de dados, mas, sem um entendimento suficiente dos conceitos centrais de estabilidade térmica e termorregulação, os dados necessários ao diagnóstico preciso podem ter sido omitidos, e os padrões nos dados levantados não são reconhecidos.

Coleta de dados

Coletar dados envolve a coleta de informações subjetivas e objetivas (p. ex., sinais vitais, entrevista com paciente/família, exame físico), além de uma análise de informações da história do paciente no seu prontuário. Os enfermeiros coletam também informações sobre pontos positivos (para identificarem oportunidades de promoção da saúde) e riscos (áreas em que os enfermeiros podem prevenir, ou problemas potenciais que podem abordar mais tarde). Coletas de dados podem basear-se em determinada teoria de enfermagem, como as teorias elaboradas por Sister Callista Roy, Wanda Horta ou Dorothea Orem, ou em uma estrutura padronizada de coleta de dados, como a dos Padrões Funcionais de Saúde, de Marjory Gordon. Essas estruturas oferecem uma maneira de categorizar grandes quantidades de dados em uma quantidade controlável de padrões ou categorias de dados relacionados.

O fundamento de um diagnóstico de enfermagem é o raciocínio clínico, necessário para diferenciar dados normais e anormais e dados relacionados a agrupamentos, reconhecer dados que faltam, identificar inconsistências nos dados e fazer inferências (Alfaro-Lefebre, 2004). O julgamento clínico é “uma interpretação ou conclusão sobre necessidades, preocupações ou problemas de saúde de um paciente, e/ou a decisão de agir (ou não)” (Tanner, 2006, p. 204). Tópicos centrais ou focos podem ficar evidentes bem cedo na coleta dos dados (p. ex., integridade alterada da pele, solidão) e possibilitar ao enfermeiro o início do processo diagnóstico. Por exemplo, um paciente pode relatar dor e/ou mostrar agitação ao mesmo tempo em que apoia uma parte do corpo. O enfermeiro reconhecerá o desconforto do indivíduo com base em seu relato e/ou nos comportamentos de dor. Enfermeiros com mais experiência conseguem identificar rapidamente agrupamentos de indicadores clínicos a partir dos dados levantados e, sem problemas, passar aos diagnósticos. Enfermeiros novatos usam um processo mais sequencial para a determinação dos diagnósticos de enfermagem apropriados.

Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. O diagnóstico de enfermagem costuma ter duas partes:

- 1) descritor ou modificador e
- 2) foco diagnóstico, ou conceito-chave do diagnóstico (Tabela 1.1). Há algumas exceções, em que um diagnóstico é apenas uma palavra, como *Fadiga* (00093), *Constipação* (00011) e *Ansiedade* (00146). Nesses diagnósticos, modificador e foco são inerentes a um

só termo.

Tabela 1.1 Partes de um título de diagnóstico de enfermagem

Modificador	Foco do diagnóstico
Ineficaz	Enfrentamento
Ineficaz	Desobstrução de vias aéreas
Risco de	Sobrepeso
Disposição para melhorado	Conhecimento
Prejudicada	Memória

Os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Diagnósticos com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes que os de risco. Por vezes, um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um paciente. Um exemplo pode ser uma paciente com diagnósticos de enfermagem de Dor crônica (00133), Sobrepeso (00233), Risco de integridade da pele prejudicada (00047) e Risco de quedas (00155), além do fato de ter sido recentemente admitida em uma instituição de cuidados especiais. Embora dor crônica e sobrepeso sejam seus problemas centrais, o risco de quedas pode ser o diagnóstico prioritário, em especial, quando a paciente adapta-se a novo ambiente. Tal situação pode ser especialmente verdadeira quando identificados fatores de risco na coleta de dados (p. ex., visão insatisfatória, dificuldade na marcha, história de quedas e aumento da ansiedade com a mudança de ambiente).

Cada diagnóstico de enfermagem tem um título e uma definição clara. É importante informar que apenas o título ou uma lista de títulos é insuficiente. O fundamental é que os enfermeiros conheçam as definições dos diagnósticos normalmente utilizados. Além disso, devem conhecer os “indicadores diagnósticos” – dados usados para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro. Esses indicadores incluem características definidoras e fatores relacionados (Tabela 1.2). As **características definidoras** são pistas/inferências passíveis de observação que agrupam-se como manifestações de um diagnóstico (p. ex., sinais ou sintomas). Uma coleta de dados que identifique a presença de uma quantidade de características definidoras dá suporte à precisão do diagnóstico de enfermagem. Os **fatores relacionados** são um componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem com foco no problema. Incluem etiologias, circunstâncias, fatos ou influências com certo tipo de relação com o diagnóstico de enfermagem (p. ex., causa, fator contribuinte). Na análise da história do cliente é que, normalmente, são identificados os fatores relacionados. Sempre que possível, as intervenções de enfermagem devem voltar-se a esses fatores etiológicos para a remoção da causa subjacente do diagnóstico. Os **fatores de risco** são influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável (p. ex., ambiental, psicológico, genético).

Tabela 1.2 Termos-chave em uma olhada

Termo	Descrição breve
Diagnóstico de enfermagem	Problema, potencialidade ou risco identificado em indivíduo, família, grupo ou comunidade
Característica definidora	Sinal ou sintoma (indicador objetivo ou subjetivo)
Fator relacionado	Causa ou fator contribuinte (fator etiológico)

Um diagnóstico de enfermagem não precisa conter todos os tipos de indicadores diagnósticos (isto é, características definidoras, fatores relacionados e/ou fatores de risco). Diagnósticos com foco no problema contêm características definidoras e fatores relacionados. Os diagnósticos de promoção da saúde costumam ter apenas as características definidoras, ainda que possam ser usados fatores de risco, se melhorarem a compreensão do diagnóstico. Fatores de risco aparecem apenas em diagnósticos de risco.

Um formato comum usado quando se aprende o diagnóstico de enfermagem inclui _____[diagnóstico de enfermagem] relacionado a _____[causa/fatores relacionados], evidenciado por _____[sintomas/características definidoras]. Por exemplo, *desobstrução ineficaz de vias* aéreas relacionada a *muco excessivo e asma*, evidenciado por sons respiratórios diminuídos bilateralmente, crepitações no lobo esquerdo e tosse ineficaz persistente. Dependendo do prontuário eletrônico em determinada instituição de saúde, os componentes “relacionado a” e “evidenciado por” podem não ser parte do sistema eletrônico. Essas informações, todavia, devem ser reconhecidas nos dados coletados e registrados no prontuário do paciente, para que seja oferecido apoio ao diagnóstico de enfermagem. Sem esses dados, é impossível confirmar a precisão diagnóstica, colocando em dúvida a qualidade do atendimento de enfermagem.

Planejamento/Intervenção

Identificados os diagnósticos, deve-se priorizar os selecionados para determinar as prioridades dos cuidados. Diagnósticos de enfermagem altamente prioritários precisam ser identificados (isto é, necessidade urgente, diagnósticos com alto nível de coerência com as características definidoras, fatores relacionados ou de risco), para que o cuidado possa ser direcionado à solução desses problemas, ou redução da gravidade ou do risco de ocorrência (no caso de diagnósticos de risco).

Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para identificar os resultados esperados com o cuidado e planejar as intervenções específicas da enfermagem, numa sequência. Um resultado de enfermagem refere-se a comportamento ou percepção mensurável, demonstrado por indivíduo, família, grupo ou comunidade, que responde à intervenção de enfermagem (Center for Nursing Classification [CNC], n.d.). A Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification [NOC]) é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas dos resultados relacionadas ao diagnóstico de enfermagem. É comum e incorreto que os enfermeiros passem direto do diagnóstico à intervenção, sem analisarem os resultados desejados. Há, sim, necessidade de serem identificados antes da determinação das intervenções. A ordem desse processo assemelha-se ao planejamento de uma viagem. Simplesmente entrar no carro e dirigir levará a pessoa a algum lugar, embora esse possa não ser o destino que a pessoa queria. Melhor é que, primeiro, tenha-se em mente um local claro (resultado) para então escolher uma via (intervenção) que leve ao ponto desejado.

Define-se uma intervenção como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do

paciente/cliente” (CNC, n.d.). A Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification [NIC]) é uma taxonomia de intervenções abrangente e baseada em evidências, que os enfermeiros realizam em vários locais de atendimento. Utilizando conhecimentos de enfermagem, os profissionais realizam intervenções independentes e interdisciplinares, as quais se sobrepõem aos cuidados realizados por outros profissionais da saúde (p. ex., médicos, terapeutas respiratórios e fisioterapeutas). Exemplificando, controle da glicemia sanguínea é um conceito importante para os enfermeiros; *Risco de glicemia instável* (00179) é um diagnóstico de enfermagem, e os enfermeiros implementam intervenções de enfermagem para tratar essa condição. Comparativamente, *diabetes melito* é um diagnóstico médico; ainda assim, os enfermeiros realizam intervenções independentes e interdisciplinares em clientes com diabetes que têm vários tipos de problemas ou estados de risco. Consulte o Modelo Tripartite de Prática de Enfermagem de Kamitsuru (Figura 5.2).

Avaliação

O diagnóstico de enfermagem “constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são de responsabilidade dos enfermeiros” (Herdman, 2012). O processo de enfermagem costuma ser descrito como gradual; na realidade, porém, um enfermeiro vai e volta nas etapas do processo. Os profissionais transitam entre a coleta de dados e o diagnóstico, por exemplo, sempre que dados adicionais forem coletados e agrupados em padrões significativos e a exatidão dos diagnósticos for avaliada. Da mesma maneira, a eficácia das intervenções e o alcance dos resultados identificados são continuamente avaliados, à medida que o cliente tem sua condição investigada. Em última análise, deve ocorrer a avaliação a cada etapa do processo de enfermagem, bem como assim que for implementado o plano de cuidados. As diversas indagações a serem levadas em consideração incluem: Que dados podem ter escapado? Estou fazendo um julgamento inapropriado? Qual o meu grau de confiança em relação a esse diagnóstico? Preciso consultar alguém mais experiente? Confirmei o diagnóstico com o paciente/família/grupo/comunidade? Os resultados estabelecidos são adequados a esse paciente, nesse local de atendimento, considerada a realidade da condição do cliente e os recursos disponíveis? As intervenções baseiam-se em evidências de pesquisas ou na tradição (p. ex., “o que sempre faço”)?

Uso do diagnóstico de enfermagem

Essa descrição dos fundamentos do diagnóstico de enfermagem, ainda que voltada a alunos de enfermagem e enfermeiros no início da carreira – isto é, indivíduos que estão aprendendo a usar um diagnóstico –, pode beneficiar todos os profissionais, no sentido de salientar etapas críticas do uso do diagnóstico e oferecer exemplos de áreas em que pode ocorrer um diagnóstico impreciso. Uma das áreas que precisa ser continuamente enfatizada, por exemplo, inclui o processo de vincular conhecimentos dos conceitos subjacentes da enfermagem à coleta de dados e ao diagnóstico de enfermagem. O quanto o enfermeiro entende conceitos-chave (ou focos diagnósticos) direciona o processo de

coleta de dados e a interpretação dos dados obtidos. Nesse mesmo raciocínio, enfermeiros diagnosticam problemas, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Qualquer um desses tipos de diagnósticos pode ser o prioritário, e o enfermeiro faz seu julgamento clínico.

Na representação dos conhecimentos da ciência da enfermagem, a taxonomia oferece uma estrutura para uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos. Usando a terminologia da NANDA-I (os próprios diagnósticos), os enfermeiros conseguem se comunicar entre si e com profissionais de outras disciplinas de atendimento de saúde sobre “aquilo que” torna singular a enfermagem. O uso de diagnósticos de enfermagem em nossas interações com o paciente ou a família pode ajudar a compreender os assuntos que são foco da enfermagem e envolver os indivíduos nos próprios cuidados. A terminologia proporciona uma linguagem compartilhada para os enfermeiros abordarem os problemas de saúde, os estados de risco e a disposição para a promoção da saúde. Os diagnósticos da NANDA International são usados internacionalmente, com tradução para 16 idiomas. em um mundo cada vez mais global e eletrônico, a NANDA-I ainda possibilita aos enfermeiros a comunicação sobre fenômenos que preocupam a enfermagem, em manuscritos e conferências, de forma padronizada, fazendo avançar a ciência da enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem são revisados por pares e enviados para aceitação/revisão à NANDA-I por enfermeiros da prática clínica, enfermeiros educadores e pesquisadores no mundo inteiro. As submissões de novos diagnósticos e/ou revisões de diagnósticos existentes continuam a aumentar em quantidade, ao longo dos 40 anos da terminologia da NANDA-I. Submissões e revisões contínuas à NANDA-I fortalecerão ainda mais o alcance, a abrangência e as evidências em apoio à terminologia.

Breve resumo do capítulo

Este capítulo descreve tipos de diagnósticos de enfermagem (isto é, com foco no problema, de risco, de promoção da saúde e de síndrome), além das etapas do processo de enfermagem. O processo de enfermagem começa com a compreensão dos conceitos subjacentes da ciência da enfermagem. Segue a coleta de dados, envolvendo coleta e agrupamento de dados em padrões significativos. O diagnóstico de enfermagem, etapa posterior no processo, envolve o julgamento clínico sobre uma resposta humana a uma condição de saúde ou processo de vida, ou uma vulnerabilidade àquela resposta por indivíduo, família, grupo ou comunidade. Os componentes do diagnóstico de enfermagem foram revisados neste capítulo, incluindo o título, a definição e os indicadores diagnósticos (isto é, características definidoras e fatores relacionados ou de risco). Considerando-se que a coleta de dados de um paciente costuma gerar vários diagnósticos de enfermagem, sua priorização é necessária, e isso direcionará os cuidados de enfermagem. As próximas etapas importantes no processo de enfermagem incluem a identificação dos resultados e as intervenções. Ocorre a avaliação a cada etapa do processo e na sua conclusão.

Perguntas sobre os diagnósticos de enfermagem comumente feitas por aprendizes*

- Diagnósticos de enfermagem são diferentes de diagnósticos médicos?
- De quantas características definidoras preciso para fazer um diagnóstico de enfermagem?
- Quantos fatores relacionados tenho que usar ao diagnosticar?
- De quantos diagnósticos de enfermagem preciso para cada paciente?
- Como sei qual é o diagnóstico de enfermagem mais exato?
- Como os diagnósticos de enfermagem são revisados ou acrescentados à NANDA-I?

*As respostas a essas perguntas e outras mais estão no Capítulo 5, “Perguntas feitas com frequência”.

Referências

- Alfaro-Lefebre, R. (2004). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking* (4th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association, accessed from dsm.psychiatryonline.org
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), University of Iowa College of Nursing (n.d.) Overview: Nursing Interventions Classification (NIC). Retrieved from <http://www.nursing.uiowa.edu/>, accessed March 13, 2014.
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), University of Iowa College of Nursing (n.d.). Overview: Nursing Outcome Classification (NOC). Retrieved from <http://www.nursing.uiowa.edu/>, accessed March 13, 2014.
- Herdman, T. H. (ed.) (2012) *NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2012–2014*. Ames, IA: Wiley-Blackwell.
- Herdman, T. H. (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional. [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, Mexico. (Spanish)
- Merriam-Webster (2009). *Merriam-Webster's collegiate dictionary* (11th ed.). Springfield, MA: Merriam-Webster.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.

Capítulo 2

Da coleta de dados ao diagnóstico

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI e Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

A coleta de dados é a etapa inicial e a mais importante no processo de enfermagem. Se ela não é bem-sucedida, os enfermeiros perdem o controle sobre as etapas posteriores do processo. Sem uma coleta de enfermagem adequada, não há diagnóstico de enfermagem e, sem este, pode não haver intervenções de enfermagem independentes. A coleta de dados não deve ser realizada apenas para preenchimento dos espaços vazios em um formulário ou uma tela de computador. Se isso soa familiar a você, é hora de examinar a finalidade da coleta!

O que acontece durante uma coleta de dados de enfermagem?

Durante as etapas de coleta de dados e diagnóstico do processo de enfermagem, os enfermeiros coletam dados de um paciente (ou família/grupo/comunidade), processam-nos em informações e, em seguida, organizam em categorias significativas de conhecimento, também conhecidas como diagnósticos de enfermagem. A coleta dos dados proporciona a melhor oportunidade para os enfermeiros estabelecerem uma relação terapêutica real com o paciente. Em outras palavras, coletar dados é uma atividade intelectual e interpessoal.

Figura 2.1 Etapas na passagem da coleta de dados ao diagnóstico.



Como você pode ver na Figura 2.1, a coleta envolve múltiplas etapas, com a meta de diagnosticar e priorizar esses diagnósticos que, depois, constituem a base do tratamento de enfermagem. É possível que isso, no momento, soe como um processo envolvente e longo. Francamente, quem tem tempo para tudo isso? Entretanto, algumas dessas etapas acontecem num piscar de olhos. Por exemplo, quando um enfermeiro vê um paciente apoiando a porção inferior do abdome e fazendo caretas, ele pode imediatamente suspeitar que o indivíduo está com uma *Dor aguda* (00132). Assim, o movimento desde a coleta de dados (observação do comportamento do paciente) até determinar possíveis

diagnósticos (p.ex., *dor aguda*) ocorre numa fração de segundo. Esse diagnóstico determinado de forma rápida, no entanto, pode não ser o correto – ou pode não ser o de maior prioridade para o paciente. Chegar lá demanda tempo.

Então, como diagnosticar de forma precisa? Só passando à etapa seguinte de uma coleta de dados mais aprofundada – e usando de forma adequada os dados coletados – é que será assegurada a precisão diagnóstica. O paciente pode, na verdade, ter *dor aguda*, mas, sem uma coleta aprofundada, não há como o enfermeiro saber que a dor tem a ver com cólica intestinal e diarreia. Este capítulo apresenta os fundamentos do que fazer com todos os dados coletados. Afinal, por que coletar dados se você não os usará?

Na seção seguinte, você passará por cada uma das etapas no processo que vai da coleta de dados ao diagnóstico. Primeiro, porém, usamos alguns minutos analisando o propósito – porque uma coleta não é, simplesmente, uma tarefa que o enfermeiro realiza; temos que realmente entender sua finalidade para que compreendamos como ela se aplica a nosso papel profissional de enfermeiros.

Por que os enfermeiros coletam dados?

Os enfermeiros precisam coletar dados dos pacientes, do ponto de vista da disciplina de enfermagem, para diagnosticar com acurácia e oferecer cuidados eficientes. O que é a “disciplina da enfermagem?” De forma simples, é o corpo de conhecimentos que abarca a ciência da enfermagem. Diagnosticar um paciente apenas com base no diagnóstico médico ou em informações médicas não é um processo diagnóstico recomendado ou seguro. Uma conclusão tão simplificada poderia gerar intervenções inadequadas, permanência prolongada e readmissões desnecessárias.

Cabe lembrar que os enfermeiros diagnosticam respostas humanas reais ou potenciais a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta – o ponto principal, aqui, são as “respostas humanas”. Os indivíduos são complicados – não respondemos da mesma forma a uma situação. Essas respostas baseiam-se em diversos fatores: genéticos, fisiológicos, da condição de saúde e de experiências anteriores com doença/lesão. São, porém, influenciados por cultura, etnia, crenças religiosas/espirituais, gênero e criação familiar do paciente. Isso quer dizer que as respostas humanas não são de fácil identificação. Se simplesmente pressupormos que cada paciente com determinado diagnóstico médico reagirá de determinada forma, poderemos tratar condições (e, assim, usar o tempo do enfermeiro e outros recursos) que não existem e deixar escapar outras que realmente precisam de nossa atenção.

É possível que haja relações próximas entre alguns diagnósticos de enfermagem e condições médicas; até agora, entretanto, não temos suficientes evidências científicas para ligar, de modo definitivo, todos os diagnósticos de enfermagem a determinados diagnósticos médicos. Por exemplo, não há como identificar a capacidade do paciente para ter uma vida cotidiana independente ou a disponibilidade/qualidade do apoio familiar, com base em um diagnóstico médico de infarto do miocárdio ou osteoporose. Não se pode pressupor, também, que todos os pacientes com um diagnóstico médico reajam da mesma maneira: nem toda paciente de mastectomia apresenta o diagnóstico de *Distúrbio na imagem corporal* (00118), por exemplo. Assim, a coleta de dados e o

diagnóstico de enfermagem devem partir do ponto de vista da disciplina de enfermagem.

Infelizmente, na prática, é possível que você observe enfermeiros que designem ou “escolham” um diagnóstico antes de coletarem dados sobre o paciente. O que está errado nessa forma de diagnosticar? Exemplificando: um enfermeiro pode começar a fazer um plano de cuidados com base no diagnóstico de enfermagem de *Ansiedade* (00146) para um paciente que fará uma cirurgia, antes que ele chegue à unidade, ou seja, avaliado. Enfermeiros que trabalham em unidades cirúrgicas deparam-se com muitos pacientes em pré-operatório, normalmente bastante ansiosos. Esses profissionais podem saber que o ensino pré-operatório é uma intervenção eficaz para reduzir a ansiedade.

Assim, pressupor uma relação entre pacientes em pré-operatório e ansiedade pode ser útil na prática. A declaração de que “pacientes pré-operatórios têm ansiedade” pode não se aplicar a todos eles (trata-se de uma hipótese), daí a necessidade de ser validado com cada um dos pacientes. Há uma verdade nisso, porque a ansiedade é uma experiência subjetiva – ainda que possamos achar que o paciente parece ansioso, ou termos essa expectativa, apenas ele pode realmente informar se *está* ansioso. Em outras palavras, o enfermeiro só consegue compreender como está o paciente, quando este lhe informa seus sentimentos. Assim, *ansiedade* é um diagnóstico de enfermagem com foco no problema, que exige dados subjetivos do paciente. O que parece *ansiedade* pode, na verdade, ser *Medo* (00148) ou *Enfrentamento ineficaz* (00069); saberemos somente quando levantarmos dados e validarmos nossos achados. Assim, antes de o enfermeiro diagnosticar um paciente, é absolutamente necessária uma coleta completa de dados.

A coleta de dados inicial

Existem dois tipos de coleta de dados: inicial e aprofundada. Mesmo que ambas exijam coleta de dados, seus propósitos diferem. A coleta inicial é a primeira abordagem de coleta realizada pelo enfermeiro e, possivelmente, a mais fácil de ser feita. A aprofundada é mais focalizada, permitindo ao enfermeiro investigar informações identificadas na primeira coleta e procurar indicadores adicionais capazes de dar apoio ou rejeitar possíveis diagnósticos de enfermagem.

Não se trata somente de “preenchimento de espaços vazios”

A maior parte dos cursos e organizações de saúde oferece aos enfermeiros formulários padronizados – em papel ou formato eletrônico – que devem ser preenchidos para cada paciente em determinado prazo. Por exemplo, pacientes admitidos em um hospital podem precisar dessa coleta feita em 24 horas a partir da alta. Pacientes em ambulatorios podem precisar de uma coleta de dados antes que sejam examinados pelo provedor de cuidados primários (médico ou *nurse practitioner*). Há organizações com recursos que permitem a realização de uma coleta fundamentada em determinada teoria ou modelo de enfermagem (p. ex., Modelo de Adaptação de Roy), revisão dos sistemas corporais ou algum outro método de organização de dados a serem coletados.

Fazer uma coleta inicial requer competências específicas para a realização precisa de vários procedimentos para que os dados sejam obtidos, demandando alto nível de comunicação interpessoal. Os pacientes devem se sentir seguros e confiar no enfermeiro

para que se sintam à vontade, respondendo perguntas pessoais ou oferecendo respostas, em especial, quando percebem que essas podem não ser “normais” ou “aceitas”.

Dizemos que a coleta inicial pode ser a etapa mais fácil porque, de certa forma, é um processo de “preenchimento de espaços em branco”. O formulário exige a temperatura do paciente; assim, o enfermeiro mede e insere o dado. Exige também coleta de informações sobre o sistema cardíaco do paciente; o enfermeiro preenche todos os espaços vazios no formulário relativos a esse sistema (frequência e ritmo cardíacos, presença de sopro, pulsos podálicos, etc.).

A coleta de dados de enfermagem adequada exige bem mais que essa coleta inicial. É claro que, quando o enfermeiro revisa analiticamente os dados coletados e começa a identificar possíveis diagnósticos, precisa coletar mais dados que possam auxiliar a determinar se há ou não outras respostas humanas preocupantes ocorrendo, indicativas de riscos ao paciente ou sugestivas de oportunidades de promoção da saúde. Também irá querer identificar a etiologia ou os fatores precipitadores de áreas que preocupam. É bem possível que esses questionamentos profundos não sejam parte do formulário de coleta da organização, porque não há como incluir todas as prováveis indagações que possam ser feitas em relação a cada possibilidade de resposta humana!

Estrutura da coleta de dados

Por um momento, analisemos o tipo de estrutura que dá suporte a uma coleta de dados de enfermagem completa. Deve ser usada uma estrutura baseada em evidências para a coleta, de modo que haja exatidão no diagnóstico de enfermagem, além de segurança no atendimento ao paciente. Aquele deve representar a disciplina do profissional que o utiliza: no caso, o formulário de coleta de dados deve representar conhecimentos da disciplina de enfermagem.

Devemos usar a Taxonomia da NANDA-I como estrutura de coleta de dados?

Ocorre, por vezes, confusão acerca da diferença entre a Taxonomia II da NANDA-I dos diagnósticos de enfermagem e a estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon (Functional Health Patterns [FHP]) (1994). A taxonomia da NANDA-I foi desenvolvida com base no trabalho de Gordon; é por isso que as duas estruturas se assemelham. Seus propósitos e funções, no entanto, são totalmente diferentes. (Ver os Capítulos 3 e 4 para informações mais específicas sobre a Taxonomia da NANDA-I.)

A Taxonomia da NANDA-I atende à finalidade de distribuir/categorizar os diagnósticos de enfermagem. Cada domínio e classe estão definidos; assim, a estrutura ajuda os enfermeiros a localizarem um diagnóstico de enfermagem na taxonomia. Por outro lado, os FHP foram elaborados para padronizar a estrutura de coleta de dados de enfermagem (Gordon, 1994). Ele orienta a coleta da história e o exame físico realizados pelos enfermeiros, oferecendo itens para coleta e uma estrutura para organização dos dados coletados. Além disso, a sequência de 11 padrões propicia um fluxo eficaz e real para a coleta de dados.

Conforme expresso no *NANDA-I Position Statement* (Declaração de Posição) (2010), o uso de uma estrutura de coleta de dados baseada em evidências, como a de Gordon, é

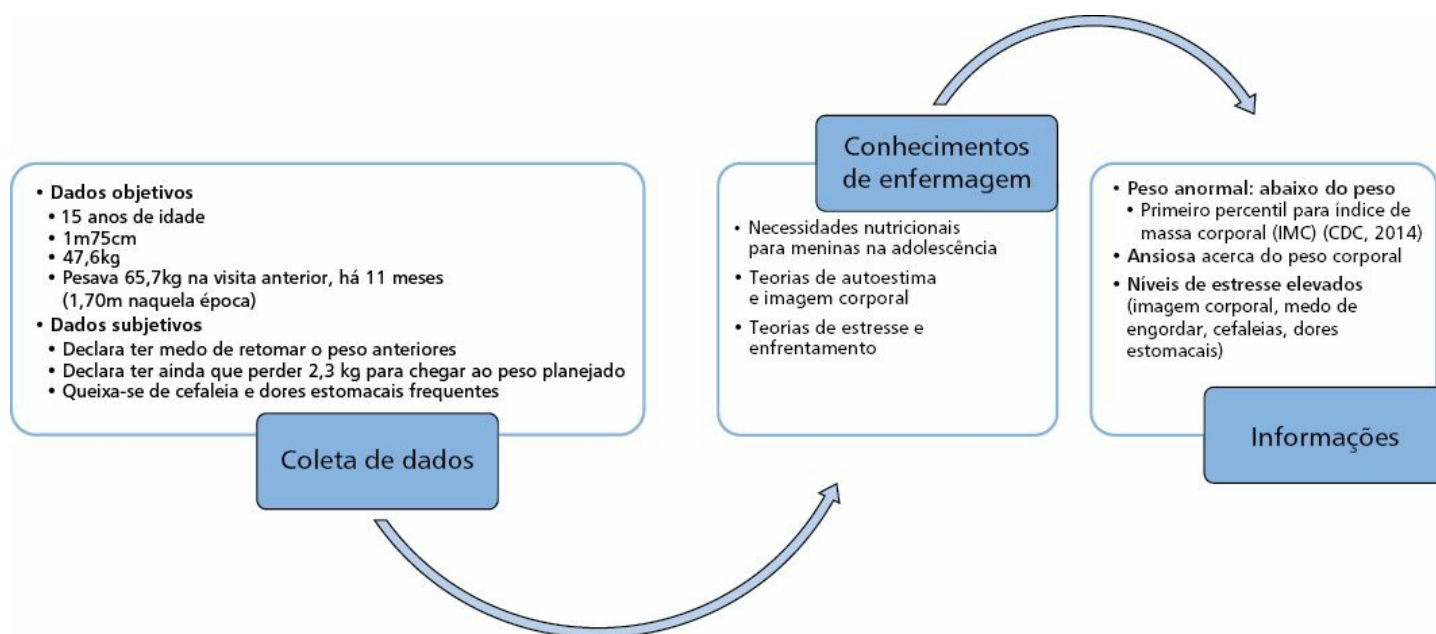
altamente recomendado para a precisão diagnóstica na enfermagem e o atendimento seguro ao paciente. Não há intenção de uso da Taxonomia da NANDA-I como uma estrutura de coleta de dados.

Análise dos dados

A segunda etapa no processo é a conversão dos dados em informações. A finalidade é ajudar-nos a avaliar o significado dos dados coletados na coleta inicial, ou a identificar outros dados que devem ser coletados. Os termos “informações” e “dados” são usados, algumas vezes, de forma intercambiável, embora as reais características do que chamamos de dados e informações sejam bastante diferentes. Para que se compreenda melhor a coleta de dados e o diagnóstico de enfermagem, faremos aqui uma distinção.

Dados são os fatos brutos coletados pelos enfermeiros por meio de observações. Os profissionais coletam dados com um paciente (ou família/grupo/comunidade) e, em seguida, usando os conhecimentos de enfermagem, transformam-nos em informações, as quais podem ser entendidas como dados que foram julgados, ou têm um significado, como “alto” ou “baixo”, “normal” ou “anormal”, “importante” ou “não importante”. A Figura 2.2 traz um exemplo de como dados objetivos e subjetivos podem ser convertidos em informação, aplicando-se os conhecimentos de enfermagem.

Figura 2.2 Conversão de dados em informações: o caso de Caroline, 14 anos, em uma clínica ambulatorial.



É importante observar que os mesmos dados podem ser interpretados de forma diversa, dependendo do contexto ou da coleta de novos dados. Exemplificando: suponhamos que um enfermeiro confere a temperatura corporal do Sr. W., recém admitido no hospital com uma ferida cirúrgica infectada e dificuldade respiratória. O termômetro indica que sua temperatura é de 37,5 °C, pela via axilar. Esse fato simples recebe um significado quando

comparado a valores normais aceitos, quando o enfermeiro processa os dados em informações: Sr. W. tem febre baixa. No entanto, o que ocorre quando o enfermeiro sabe que, quando o paciente foi examinado no ambulatório, a temperatura estava em 39 °C? Com essa informação nova, os dados sobre a temperatura atual podem ser reinterpretados: a temperatura do Sr. W. diminuiu (está melhorando).

Ao documentar a coleta de dados, é importante, então, incluir dados e informações. Elas só podem ser validadas por outros quando são oferecidos os dados originais. Por exemplo, apenas indicar “O Sr. W. teve febre” não tem utilidade clínica. Qual a gravidade da febre? Como foram coletados os dados (via oral, axilar, temperatura central)? A documentação que mostra que a febre do Sr. W. estava em 37,5 °C, pela via axilar, permite que outro enfermeiro compare os novos dados da temperatura com os anteriores e identifique se o paciente está melhorando ou não.

Dados subjetivos *versus* dados objetivos

Os enfermeiros coletam e documentam dois tipos de dados relativos a um paciente: subjetivos e objetivos. Enquanto os médicos valorizam dados objetivos, mais do que subjetivos, os enfermeiros valorizam os dois para seus diagnósticos (Gordon, 2008).

Qual é a diferença entre dados subjetivos e objetivos? O dicionário (Meariam-Webster, 2014) define *subjetivo* como “baseado mais em sentimentos ou opiniões que em fatos”, e *subjetivos* como “baseados mais em fatos que em sentimentos ou opiniões”. Deve-se ter cuidado com o fato de que, quando esses termos são empregados no contexto da coleta de dados da enfermagem, têm um sentido levemente diferente daquele da definição geral do dicionário. Ainda que a ideia básica permaneça, “subjetivo” não significa sentimentos ou opiniões *do enfermeiro*, mas do sujeito do atendimento de enfermagem: paciente/família/grupo/comunidade. Além disso, “objetivo” significa aqueles fatos observados pelo enfermeiro ou outros profissionais da saúde.

Em outras palavras, os *dados subjetivos* decorrem de relatos verbais do paciente a respeito de percepções e pensamentos sobre sua saúde, vida cotidiana, conforto, relacionamentos, etc. Por exemplo, um paciente pode relatar “Tenho forte dor nas costas há uma semana”, ou “Não tenho alguém na vida com quem partilhar meus sentimentos”. Por vezes, porém, o paciente não consegue oferecer dados subjetivos, de modo que temos que contar com outras fontes, como familiares/amigos mais próximos. Os pais podem dar informações úteis sobre o comportamento dos filhos com base nas observações diárias e no conhecimento. Um exemplo pode ser um dos pais dizendo ao enfermeiro: “Ela costuma se enrolar como uma bola e balançar ao sentir dor”. Os enfermeiros podem usar essa informação para confirmar o comportamento do bebê, usado como dado subjetivo.

Os enfermeiros coletam dados subjetivos por meio da história do paciente e da entrevista com ele. Conhecer a história não significa apenas fazer várias perguntas ao paciente, usando um formato de rotina. Para conseguir dados exatos de um indivíduo, os profissionais devem incorporar habilidades de escutar ativamente e empregar perguntas de final aberto o máximo possível, em especial, como perguntas de acompanhamento, quando identificados dados potencialmente anormais.

Dados objetivos são aqueles observados pelos enfermeiros a respeito do paciente. São

coletados por meio de exames físicos e resultados de exames diagnósticos. Aqui, “observar” não significa apenas usar a visão: todos os sentidos são empregados. Por exemplo, os enfermeiros olham a aparência geral de um paciente, escutam os sons pulmonares, podem sentir o odor de secreções desagradáveis e sentir a temperatura da pele, por meio do toque. Além disso, usam vários instrumentos e recursos com o paciente para a coleta de dados numéricos (p. ex., peso corporal, pressão sanguínea, saturação de oxigênio, nível de dor). Para conseguirem dados objetivos confiáveis e precisos, os enfermeiros devem ter conhecimentos e habilidades adequados para a realização de uma coleta de dados físicos e usar recursos ou dispositivos de monitoração padronizados.



Pergunte a si mesmo: esses dados significam:

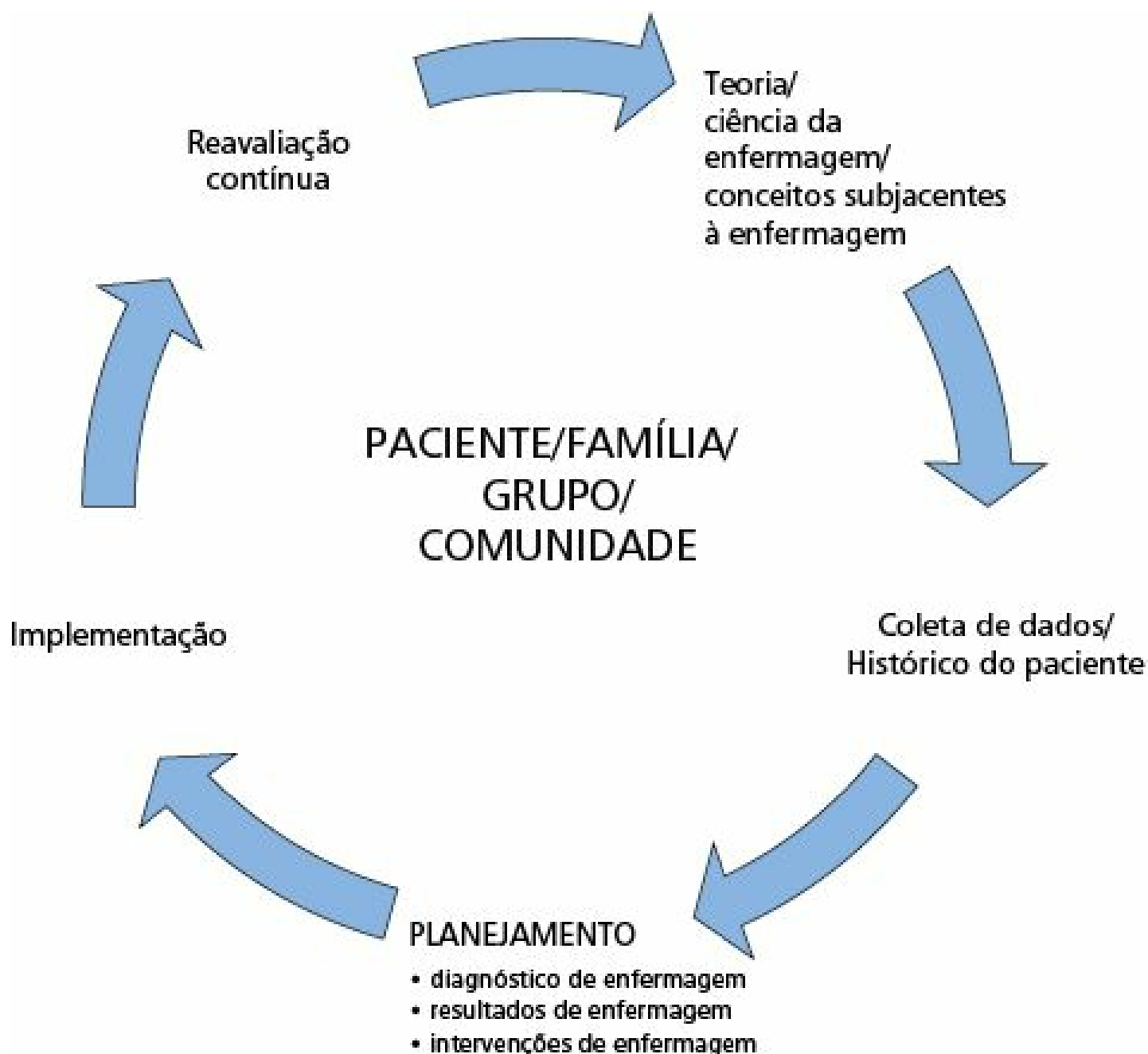
- Um problema?
- Um elemento positivo?
- Uma vulnerabilidade?

Agrupamento de informações/identificação de um padrão

Logo que o enfermeiro coletou dados e transformou-os em informações, a etapa seguinte é começar a responder à pergunta: quais são as respostas humanas de meu paciente (diagnósticos de enfermagem)? Isso exige o conhecimento de uma variedade de teorias e modelos da enfermagem, bem como de várias disciplinas relacionadas. Requer também conhecimento dos conceitos subjacentes aos próprios diagnósticos de enfermagem. Lembra-se do diagrama modificado do processo diagnóstico apresentado no Capítulo 1 (Figura 1.2)? Nesse diagrama, Herdman (2013) identifica a importância da teoria/ciência da enfermagem subjacente aos conceitos de enfermagem. As técnicas de coleta de dados não têm sentido quando não sabemos como usar os dados!

Se o enfermeiro que coletou dados sobre a adolescente Caroline (Figura 2.3) não conhecesse o IMC normal naquela faixa etária, poderia não ter conseguido interpretar que a paciente estava abaixo do peso. Se não compreendesse as teorias relacionadas ao desenvolvimento da criança, autoestima, imagem corporal, estresse e enfrentamento nessa faixa etária, poderia não ter identificado outras vulnerabilidades ou respostas a problemas, evidenciadas por Caroline.

Figura 2.3 O processo de enfermagem modificado (Herdman, 2013).



Identificação de possíveis diagnósticos de enfermagem (hipóteses diagnósticas)

Nessa etapa do processo, o enfermeiro observa as informações que se aproximam, formando um padrão; é uma forma de saber que respostas humanas o paciente pode estar tendo. Inicialmente, o enfermeiro leva em conta todos os possíveis diagnósticos que lhe vêm à mente. No caso do enfermeiro experiente, isso pode se dar em segundos; no caso de um iniciante ou estudante, pode haver necessidade de apoio de enfermeiros mais experientes ou professores, orientando sua forma de pensar.

Pergunte-se: agora que coletou os dados e transformou-os em informações, como saber o que é importante e relevante para esse paciente em questão?

Enxergar padrões nos dados exige uma compreensão do conceito que dá suporte a cada diagnóstico. Por exemplo, se você coletou dados sobre a Srta. K., percebeu que ela está com dificuldade respiratória; seu oxímetro de pulso mostra a oxigenação em 88%, ela está

usando músculos acessórios para respirar e apresenta retrações supraclaviculares. O que isso diz a você? A menos que tenha um bom entendimento de padrões respiratórios normais, troca normal de gases e ventilação, esses dados podem não lhe dizer muito. Você pode saber que a Srta. K. tem algum problema com a respiração, embora não o suficiente para saber o que observar de modo a identificar uma causa (fatores relacionados), ou mesmo que outros dados (características definidoras) precisa procurar para determinar um diagnóstico preciso. Essa situação pode levar o enfermeiro a “escolher qualquer diagnóstico” em uma lista, ou tentar usar o diagnóstico médico como a base para o de enfermagem. Conhecer conceitos de cada diagnóstico de enfermagem possibilita ao enfermeiro dar sentidos exatos aos dados coletados com o paciente, preparando-o para a realização de uma coleta aprofundada de dados.

Quando você tem esse conhecimento conceitual, começa a olhar os dados coletados de outra maneira. Vai transformá-los em informações e observará como eles começam a se agrupar, formando padrões, ou você “criará um quadro” do que possa estar ocorrendo com seu paciente. Olhe novamente a Figura 2.2. Com conhecimentos nutricionais básicos de enfermagem, autoestima, estresse, enfrentamento e desenvolvimento na adolescência, você poderá começar a ver as informações como diagnósticos possíveis, tais como:

- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (00002)
- Distúrbio na imagem corporal (00118)
- Baixa autoestima situacional (00120)

Essa etapa, infelizmente, costuma ser onde os enfermeiros param: elaboram uma lista de diagnósticos e iniciam a ação (determinação de intervenções) ou, simplesmente, “escolhem” um dos diagnósticos que soe mais apropriado, com base no título do diagnóstico para, depois, passar à seleção das intervenções para esses diagnósticos. É a coisa errada a ser feita. Para que os diagnósticos sejam exatos, precisam ser validados – o que requer coletas aprofundadas adicionais para conformar ou refutar, ou, ainda, “descartar” um diagnóstico.

A combinação de conhecimentos básicos de enfermagem e de diagnósticos de enfermagem possibilita ao enfermeiro ir da identificação de possíveis diagnósticos baseados na coleta inicial para uma coleta de dados aprofundada e, então, para a determinação de diagnóstico(s) de enfermagem preciso(s).

Coleta de dados aprofundada

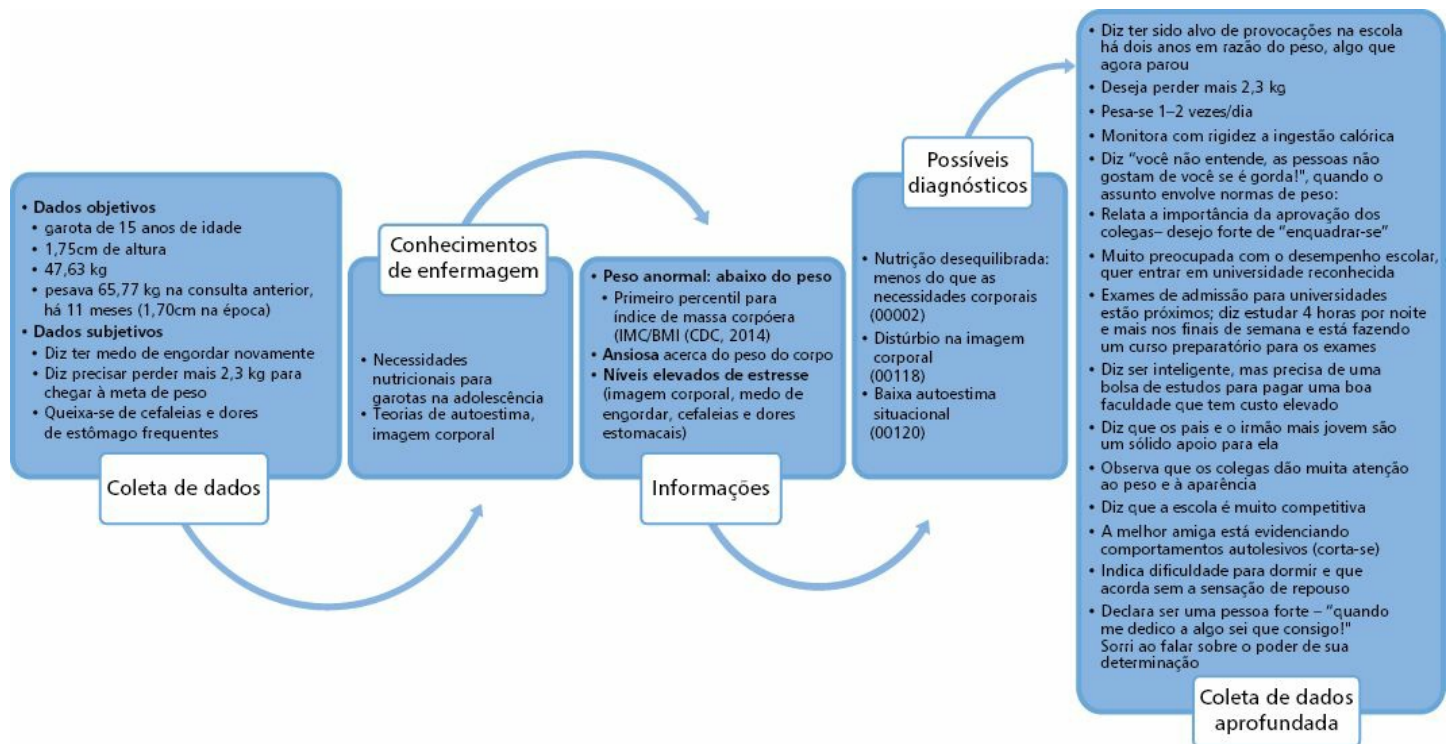
Nessa etapa, você revisou as informações resultantes da coleta inicial para determinar se são normais ou não, se representam um risco (vulnerabilidade) ou um elemento positivo. Os itens não considerados normais ou entendidos como uma vulnerabilidade devem ser analisados em relação a um diagnóstico com foco no problema, ou um diagnóstico de risco. As áreas em que o paciente indicou desejo de melhorar alguma coisa (p. ex., nutrição) devem ser entendidas como um possível diagnóstico de promoção da saúde. Se alguns dados são interpretados como anormais, são fundamentais mais coletas aprofundadas para o diagnóstico exato do paciente. Se os enfermeiros, todavia,

simplesmente coletam dados sem prestar muita atenção a eles, pode acontecer de alguns dados fundamentais não lhes chamarem a atenção. Olhe mais uma vez a Figura 2.2. O enfermeiro poderia ter interrompido aqui sua coleta e, simplesmente, passado a um diagnóstico de *Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais* (00002). Poderia ter oferecido informações sobre nutrição adequada e variações normais do peso conforme a idade e a altura de Caroline. Poderia ter elaborado um plano nutricional ou feito um encaminhamento a um nutricionista. Ao mesmo tempo em que todas essas coisas poderiam ser apropriadas, o enfermeiro poderia ter negligenciado a identificação de algumas questões possivelmente importantes que, se não tratadas, poderiam levar à manutenção dos problemas de peso e condição nutricional de Caroline.

Por meio da coleta de dados aprofundada, o enfermeiro de Caroline conseguiu identificar pressão e provocações de colegas e elevados níveis de estresse quanto ao desempenho escolar, seu desejo de “ajustar-se” na escola, sua meta de chegar a uma universidade qualificada e a necessidade de ganhar uma bolsa de estudos de graduação para poder entrar em um curso superior (Figura 2.4). O enfermeiro aprendeu que Caroline tinha vulnerabilidades coerentes com um ambiente social estressante (colegas com foco no sobrepeso/aparência, ameaça de provocações e a melhor amiga com um comportamento de autolesão). Ele, porém, também identificou que a garota tinha uma potencialidade no apoio que recebia dos pais e do irmão – algo muito importante em que se basear para elaborar um plano de cuidados. Assim, com essa coleta aprofundada, o enfermeiro conseguiu revisar analiticamente os possíveis diagnósticos:

- Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)
- Sobrecarga de estresse (00177)
- Enfrentamento ineficaz (00069)
- Ansiedade (00146)
- Distúrbio na imagem corporal (00118)
- Baixa autoestima situacional (00120)

Figura 2.4 Coleta de dados aprofundada: o caso de Caroline, garota de 14 anos examinada na clínica ambulatorial.



Confirmação/rejeição de possíveis diagnósticos de enfermagem

Sempre que novos dados são coletados e processados em informações, é o momento de reconsiderar diagnósticos possíveis ou determinados anteriormente. Nessa etapa, há três aspectos principais a serem avaliados:

- A coleta de dados aprofundada trouxe dados novos que descartam ou eliminam um ou mais dos seus possíveis diagnósticos?
- A coleta de dados aprofundada apontou novos diagnósticos que antes você não considerou?
- Como você consegue distinguir entre diagnósticos similares?

Também é importante lembrar que outros enfermeiros deverão ser capazes de continuar a validação de seu diagnóstico e entender como você chegou a ele. Daí a importância do uso de termos padronizados, como os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, que não apenas dão título (p. ex., *Enfrentamento ineficaz* [00069]), mas definição e critérios de coleta de dados (características definidoras, fatores relacionados ou de risco), para que outros enfermeiros consigam continuar validando – ou talvez refutando – o diagnóstico, à medida que novos dados sejam disponibilizados ao paciente. Termos simplesmente criados por enfermeiros à cabeceira do paciente, sem definições e critérios de coleta de dados validados, não têm significado consistente e não podem ser clinicamente confirmados ou validados. Quando não há um diagnóstico de enfermagem da NANDA-I que se ajuste a um padrão identificado no paciente, o mais seguro é descrever a condição em detalhe, em lugar de inventar um termo que terá sentidos diferentes para enfermeiros diferentes. Não se pode esquecer que a segurança do paciente depende da boa comunicação; por isso, você deve usar somente termos padronizados, com definições e

critérios de coleta de dados claros, para que possam ser facilmente validados.

Eliminação de possíveis diagnósticos de enfermagem

Uma das metas da coleta de dados aprofundada é eliminar ou “descartar” um ou mais possíveis diagnósticos submetidos à análise. Isso é feito revisando-se as informações obtidas e comparando-as com o que você conhece dos diagnósticos. É fundamental que os dados coletados deem suporte ao(s) diagnóstico(s). Os que não têm um bom suporte por meio dos critérios de coleta de dados oferecidos pela NANDA-I (características definidoras, fatores relacionados ou de risco) e/ou não têm apoio de fatores etiológicos (causas ou elementos colaboradores dos diagnósticos) não são apropriados a um paciente.

Olhando a Figura 2.4 e avaliando os possíveis diagnósticos, identificados pelo enfermeiro de Caroline, podemos começar a eliminar alguns como diagnósticos válidos. Por vezes, ajuda fazermos uma comparação lado a lado dos diagnósticos, concentrando-se nas características definidoras e nos fatores relacionados identificados durante a coleta de dados e da história do paciente (Tabela 2.1).

Tabela 2.1 *O caso de Caroline: uma comparação das características definidoras e dos fatores relacionados*

	<i>Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)</i>	<i>Sobrecarga de estresse (00177)</i>	<i>Enfrentamento ineficaz (00069)</i>	<i>Ansiedade (00146)</i>	<i>Distúrbio na imagem corporal (00118)</i>	<i>Baixa autoestima situacional (00120)</i>
Definição	Ingestão insuficiente de nutrientes para atender às necessidades metabólicas	Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação	Incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade de usar os recursos disponíveis	Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça	Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa	Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual
Características definidoras	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal ■ Ingestão alimentar inferior à porção diária recomendada (RDA) ■ Percepção errônea 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estresse excessivo ■ Sensação de pressão ■ Impacto negativo do estresse ■ Tensão 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alteração no padrão do sono ■ Estratégias ineficazes de enfrentamento 	Comportamentais <ul style="list-style-type: none"> ■ Insônia Afetivas <ul style="list-style-type: none"> ■ Angustiado ■ Medo ■ Foco em si mesmo ■ Incerteza ■ Preocupado Simpáticas <ul style="list-style-type: none"> ■ Anorexia Parassimpáticas <ul style="list-style-type: none"> ■ Distúrbio do sono Cognitivas <ul style="list-style-type: none"> ■ Medo ■ Preocupação ■ Ruminação 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Visão alterada a aparência do próprio corpo ■ Comportamento de monitorar o próprio corpo ■ Medo da reação dos outros ■ Concentração na aparência anterior ■ Sentimento negativo sobre o corpo ■ Percepções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo ■ Preocupação com a mudança 	
Fatores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ingestão alimentar insuficiente ■ Transtorno psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estresse excessivo ■ Estressores repetidos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diferenças relacionadas ao gênero nas estratégias de enfrentamento* ■ Estratégias ineficazes de liberação da tensão ■ Sensação de controle ineficiente ■ Apoio social insuficiente ■ Crise maturacional ■ Crise situacional ■ Incerteza 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crises maturacionais ■ Crises situacionais ■ Estresse 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alterações na autopercepção ■ Incoerência cultural ■ Mudanças desenvolvimentais ■ Função psicossocial prejudicada 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Distúrbios na imagem corporal ■ Alterações do desenvolvimento ■ Rejeições

Por exemplo, após uma reflexão, o enfermeiro de Caroline elimina rapidamente da análise o diagnóstico *Baixa autoestima situacional*. Sua definição simplesmente não se ajusta à confiança que Caroline tem em sua inteligência, sua capacidade de alcançar o que pretende e seu orgulho derivado do poder de sua determinação. Embora ela apresente alguns fatores relacionados para esse diagnóstico, não tem os sinais/sintomas e, na realidade, possui elementos positivos contrários a ele. *Ansiedade* também é eliminado. Ainda que Caroline apresente algumas características definidoras e fatores relacionados com o diagnóstico, a paciente não se diz ansiosa e não identifica algum medo ou apreensão. Pelo contrário, Caroline informa os estressores em sua vida e os encara como um desafio a vencer.



Pergunte a si mesmo: quando olho as informações do paciente:

- Elas são coerentes com a definição do diagnóstico possível?
- Os dados objetivos/subjetivos estão identificados nas características definidoras ou nos fatores de risco do diagnóstico?
- Incluem as causas (fatores relacionados) do diagnóstico possível com foco no problema?

Novos possíveis diagnósticos

É bem possível, como no caso de Caroline (Figura 2.4), que novos dados levem a novas informações e, assim, a novos diagnósticos. As mesmas perguntas usadas para eliminar possíveis diagnósticos devem ser utilizadas na análise desses diagnósticos.

Diferenciação entre diagnósticos similares

É útil reduzir seus possíveis diagnósticos, analisando os que se assemelham, embora apresentem algum aspecto diferenciado que deixa um mais destacado que outro. Observemos a paciente mais uma vez. Depois da coleta de dados aprofundada, o enfermeiro tinha seis possíveis diagnósticos; dois foram eliminados, sobrando quatro. Uma forma de começar o processo de diferenciação é verificar onde eles se localizam na taxonomia da NANDA-I. Isso lhe dá um indicador sobre como os diagnósticos estão agrupados em uma área mais ampla dos conhecimentos de enfermagem (domínio) e as subcategorias, ou grupo de diagnósticos com atributos similares (classe).

Uma revisão rápida da Tabela 2.2 mostra apenas um diagnóstico no domínio da nutrição e um no domínio da autopercepção. Dois diagnósticos, no entanto, são encontrados no domínio do enfrentamento/tolerância ao estresse; esses estão também localizados na mesma classe, a das reações de enfrentamento, o que sugere que alguma diferenciação seja capaz de dar apoio a uma redução dos possíveis diagnósticos naqueles que partilham atributos similares.

Tabela 2.2 O Caso de Caroline: uma comparação de domínios e classes de diagnósticos potenciais

Diagnóstico	Domínio	Classe
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)	Nutrição	Ingestão
Sobrecarga de estresse (00177)	Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	Respostas de Enfrentamento
Enfrentamento ineficaz (00069)	Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	Respostas de Enfrentamento
Distúrbio na imagem corporal (00118)	Autopercepção	Imagem Corporal

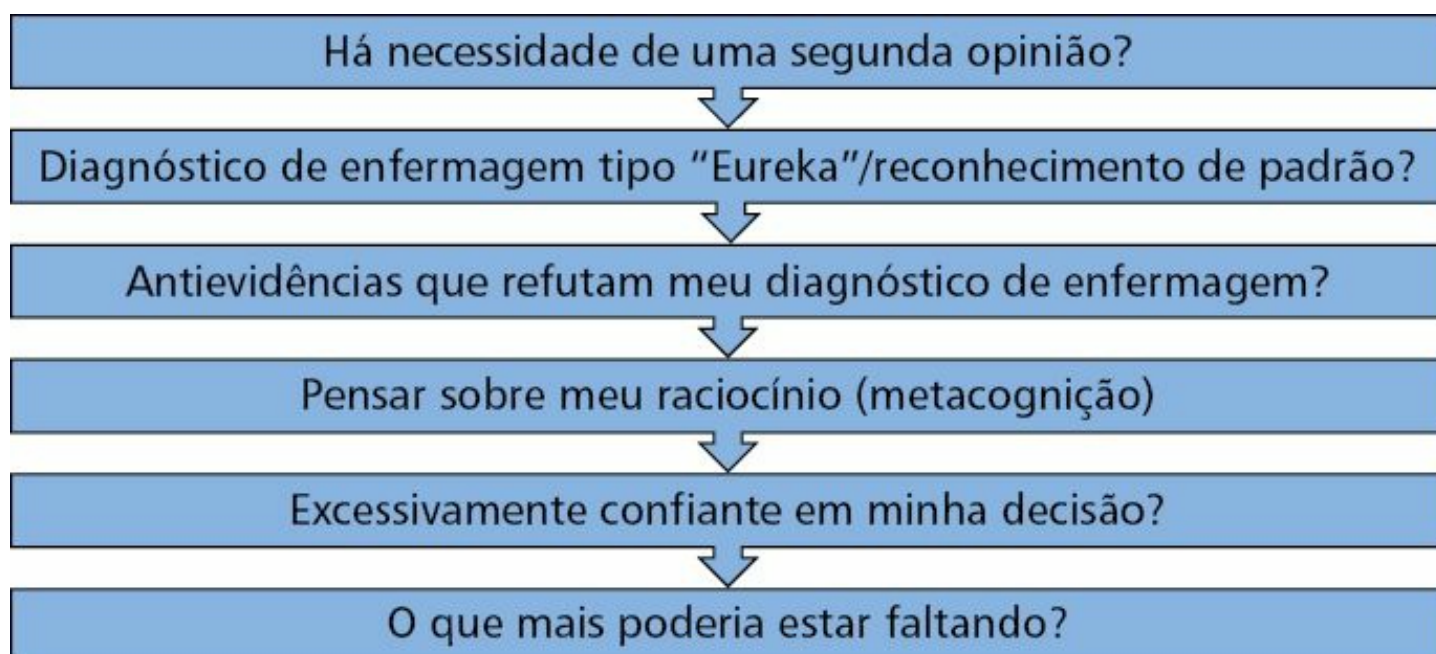
Quando o enfermeiro considera o que sabe sobre Caroline, pode observar as reações de enfrentamento que identificou como possíveis diagnósticos, à luz dessas perguntas. Os diagnósticos não partilham um foco diagnóstico similar: um concentra-se no estresse e o outro no enfrentamento. *Sobrecarga de estresse* é bastante específico: há quantidades e tipos excessivos de demandas que requerem ação por parte da paciente. Caroline identificou os estressores com clareza (provocação, pressão dos colegas, desejo de “enquadrar-se”, exames para ingresso na graduação, necessidade de uma bolsa de estudos, uma boa amiga que está evidenciando comportamento de cortar-se, etc.). *Enfrentamento ineficaz* analisa como o indivíduo avalia os estressores e as escolhas que faz para reagir a eles, e/ou como Caroline acessa os recursos disponíveis para reagir a eles.

É fácil ver como *Sobrecarga de estresse* foi capaz de levar a *Enfrentamento ineficaz*: eliminação de estressores ou reestruturação de como Caroline percebe esses estressores

pode, então, causar um impacto no modo como a paciente enfrenta a situação. O enfermeiro pode usar algum tempo, analisando a possibilidade ou não de a paciente eliminar ou reestruturar os estressores, ou se a prioridade é concentrar-se no enfrentamento ineficaz, reagindo aos estressores. Isso, se possível, poderia ser uma conversa e uma decisão realizadas com a paciente. Afinal, é Caroline que vive essa experiência; seu foco similar e prioridade, assim, devem ajudar a direcionar o plano de cuidados de enfermagem.

Um recurso de raciocínio (Figura 2.5) usado por nossos colegas da medicina pode ser útil como revisão antes da determinação de seu(s) diagnóstico(s) final(is), pois utiliza o acrônimo SEA TOW (Rencic, 2011). Pode ser facilmente adaptado também para o diagnóstico de enfermagem.

Figura 2.5 SEA TOW: instrumento de raciocínio para a tomada de decisão diagnóstica. (Adaptado de Rencic, 2011.)



É sempre uma boa ideia perguntar a um colega ou expert, ou solicitar uma *segunda opinião*, se você está inseguro quanto ao diagnóstico adequado. O diagnóstico que você está considerando é consequência de um momento tipo "Eureka?" Você reconhece um padrão nos dados da coleta e da entrevista com o paciente? Confirma esse padrão, revisando os indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados ou de risco)? Você coletou *antievidências*: dados que parecem refutar esse diagnóstico? É capaz de justificar o diagnóstico mesmo com esses dados, ou eles sugerem que você deve fazer uma análise mais aprofundada? *Pense sobre seu raciocínio*: foi lógico, racional, baseado em seus conhecimentos da ciência da enfermagem e na resposta humana que está diagnosticando? Você precisa de informações adicionais acerca da resposta, antes de sentir-se pronto para confirmá-la? Você está *bem confiante*? Isso pode acontecer se você está acostumado com pacientes que apresentam determinados diagnósticos; assim, você

“salta” para um diagnóstico em lugar de, realmente, aplicar habilidades de raciocínio clínico. Finalmente, *o que mais pode estar faltando?* Há outros dados que você precisa coletar ou revisar para validar, confirmar ou descartar um possível diagnóstico? O uso do acrônimo SEA TOW pode ajudá-lo a validar seu processo de raciocínio clínico e aumentar a probabilidade de um diagnóstico preciso.



Pergunte a si mesmo: quando vejo as informações do paciente à luz de diagnósticos similares:

- Os diagnósticos partilham um foco similar ou é diferente?
- Se os diagnósticos partilham um foco similar, um deles é mais específico que o outro?
- Um diagnóstico conduz, potencialmente, a outro que identifiquei? Isto é, seria o fator causador do outro diagnóstico?

Elaboração de um diagnóstico/priorização

A última etapa é determinar o(s) diagnóstico(s) que orientará(ão) a intervenção para o paciente. Após a revisão de tudo que foi aprendido sobre a paciente Caroline, o enfermeiro pode ter determinado três diagnósticos, sendo um deles novo:

- Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)
- Distúrbio na imagem corporal (00118)
- Disposição para enfrentamento melhorado (00158)

O diagnóstico *nutrição desequilibrada* precisa ser tratado para a prevenção das potenciais consequências da desnutrição, especialmente durante a fase de adolescência (puberdade) de Caroline, em que ela precisa assegurar uma boa nutrição para crescer e desenvolver-se com saúde. Pode ser esse o principal diagnóstico, ou o de elevada prioridade. *Distúrbio na imagem corporal* continua como diagnóstico, pois Caroline, no momento, sente necessidade de estar “realmente magra” e, apesar de estar com peso abaixo do normal, continua a manifestar desejo de perder mais peso. Sua referência consistente com a história de estar acima do peso, a monitoração uma ou duas vezes ao dia do peso e o medo de engordar indicam que esse assunto precisa ser tratado com o diagnóstico nutricional, para que a intervenção tenha êxito.

Na conversa com Caroline, os estressores que ela vivencia são reais e, possivelmente, não podem ser mudados; infelizmente, as provocações e a pressão cultural na adolescência a respeito do peso são muito reais. Para ela, o desejo de fazer um curso universitário é estressante no sentido de ter um bom desempenho nos exames de ingresso e nos cursos do ensino médio, para que possa ter apoio financeiro, por meio de uma bolsa de estudos. Assim, um foco na sobrecarga de estresse pode não ser eficaz para a paciente. Todavia, na conversa entre enfermeiro e paciente, ela indicou desejo de melhorar os próprios conhecimentos de técnicas de controle do estresse para melhor controlar os estressores em sua vida e aprender a aproximar-se das pessoas para fortalecer o apoio social. Esses outros dados mostraram ao enfermeiro que, em relação às estratégias de enfrentamento, havia uma oportunidade de promoção da saúde para Caroline. Assim,

Disposição para enfrentamento melhorado foi um diagnóstico mais adequado para ela do que *Enfrentamento ineficaz*.

Lembre-se de que o processo de enfermagem, que inclui uma avaliação do diagnóstico, é um processo contínuo e, com mais dados sendo disponibilizados, ou com melhoras na condição do paciente, o(s) diagnóstico(s) pode(m) também mudar – ou a prioridade pode se modificar. Recorde, por um momento, a primeira coleta de dados que o enfermeiro fez em Caroline. Consegue perceber que, sem mais acompanhamento, você teria deixado passar a oportunidade de promoção da saúde para a paciente (*Disposição para enfrentamento melhorado*) e poderia ter elaborado um plano para tratar as questões de autoestima, não apropriadas a ela?

Consegue entender por que a ideia de apenas “escolher” um diagnóstico de enfermagem para acompanhar o diagnóstico médico não é a forma de agir? A coleta contínua e aprofundada de dados ofereceu muito mais informações que podem ser usadas para determinar não somente diagnósticos apropriados, mas resultados e intervenções realistas que atendem melhor às necessidades individuais de Caroline.

Resumo

A coleta de dados é papel fundamental dos enfermeiros e exige uma compreensão dos conceitos de enfermagem baseados nos quais são elaborados os diagnósticos. Coletar dados com a única finalidade de preencher um formulário obrigatório ou uma tela de computador é perda de tempo e, com certeza, não oferece suporte ao atendimento individualizado dos pacientes. A coleta de dados visando à identificação de informações essenciais, analisando os diagnósticos de enfermagem e, depois, implementando uma coleta aprofundada para validar e priorizar o diagnóstico é o marco da enfermagem profissional.

Assim, ainda que possa parecer um procedimento simples, padronizar diagnósticos sem uma coleta de dados pode e costuma gerar diagnósticos imprecisos, resultados inadequados e intervenções ineficazes e/ou desnecessárias para diagnósticos irrelevantes para o paciente – e pode levar à perda do diagnóstico de enfermagem mais importante para o indivíduo.

Referências

- Bellinger, G., Castro, D., & Mills, A., Date, Information, Knowledge, and Wisdom. <http://otec.uoregon.edu/data-wisdom.htm>, accessed January 29, 2014.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205–210.
- Centers for Disease Control & Prevention (2014). BMI Percentile Calculator for Child and Teen. nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx, accessed January 29, 2014.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application* (Vol. 3). St. Louis, MI: Mosby.
- Gordon, M. (2008). *Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Herdman, T. H. (2013). Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional. [Case management using NANDA International nursing diagnoses].
- XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, Mexico. (Spanish). Merriam-Webster.com. Merriam-Webster, n.d. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/subjective>, accessed January 29, 2014.

- NANDA-I. (2010). Position statement. <http://www.nanda.org/nanda-international-use-of-taxonomy-II-assessment-framework.html>, accessed March 20, 2014.
- Rencic, J. (2011). Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Medical Teacher*, 33(11), 887–892.

Capítulo 3

Uma introdução à Taxonomia da NANDA-I

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

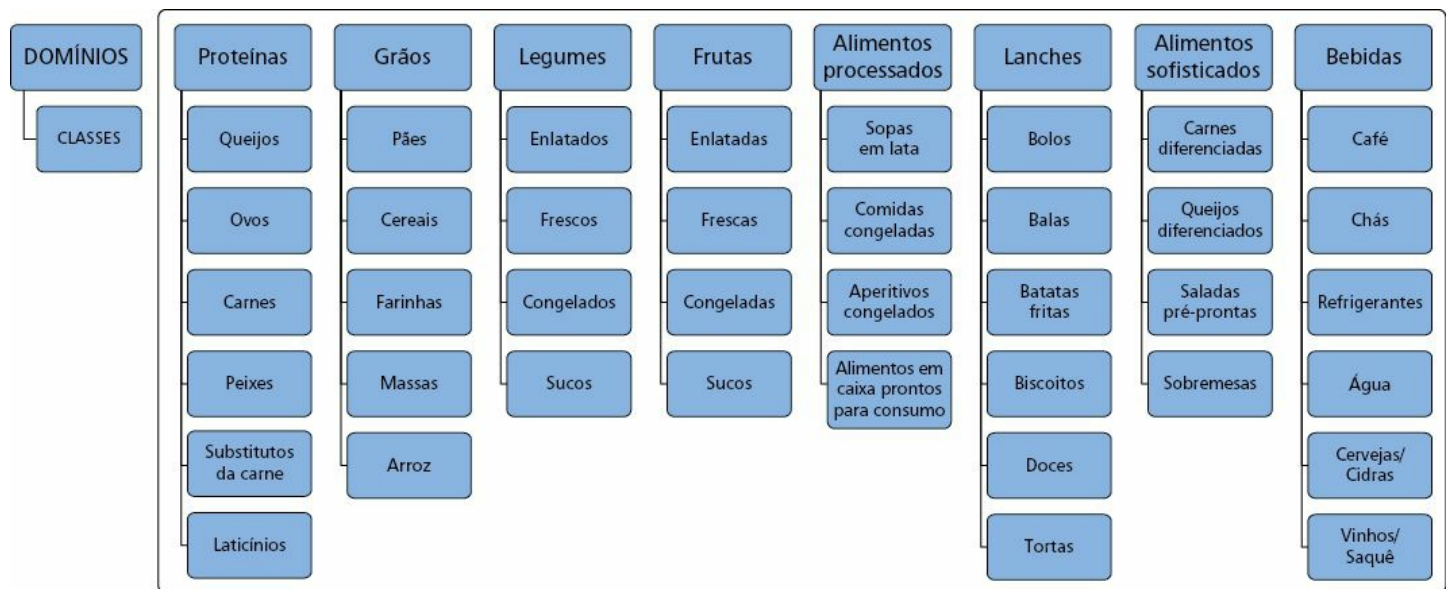
A NANDA International, Inc. oferece uma terminologia padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em um esquema classificatório, mais especificamente, uma taxonomia. É importante compreender um pouco a taxonomia e como ela é diferente de uma terminologia. Usemos, então, alguns momentos para uma conversa sobre o que realmente representa uma taxonomia. Uma das definições pode ser “uma ordenação sistemática de fenômenos que definem os conhecimentos da disciplina de enfermagem”. É uma declaração e tanto! Colocada com mais simplicidade, a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um esquema classificatório que nos auxilia a organizar os conceitos que interessam à prática da enfermagem.

Taxonomia: visualização de uma estrutura taxonômica

Uma *taxonomia* é uma forma de classificar ou ordenar coisas em categorias; é um esquema de classificação hierárquica de grupos principais, subgrupos e itens. Como exemplo, podemos citar a taxonomia biológica atual, originária de Carl Linnaeus, em 1735. Ele, originalmente, identificou três reinos (animal, vegetal e mineral) que foram depois divididos em classes, ordens, famílias, gêneros e espécies (Quammen, 2007). É bem possível que você tenha aprendido a taxonomia biológica revisada em uma aula de ciência básica no ensino médio ou na universidade. *Terminologia*, por outro lado, é a linguagem usada para descrever algo específico; é a linguagem empregada em determinada disciplina para a descrição de seus conhecimentos. Logo, os diagnósticos de enfermagem formam uma linguagem da disciplina. Quando, então, quisermos falar sobre os diagnósticos em si, falaremos sobre a *terminologia* dos conhecimentos de enfermagem. Se nosso assunto for a forma como estruturamos ou categorizamos os diagnósticos da NANDA-I, falaremos, então, sobre a *taxonomia*. O termo tem origem em duas palavras gregas: *taxis*, significando organização, e *nomos*, significando lei.

Pensemos na taxonomia em sua relação com algo com que todos temos que lidar no cotidiano. Quando você precisa comprar comida, vai ao supermercado. Suponhamos que haja uma nova loja em seu bairro, chamada *Classified Groceries, Inc.* Você decide que vai a esse local para fazer as compras. Entrando na loja, nota que a disposição dos itens parece bastante diferente da organização da loja com que está acostumado, mas a pessoa que o cumprimenta à entrada do estabelecimento entrega um diagrama que ajuda a saber onde cada item está localizado (Figura 3.1).

Figura 3.1 Domínios e classes da Classified Groceries, Inc.



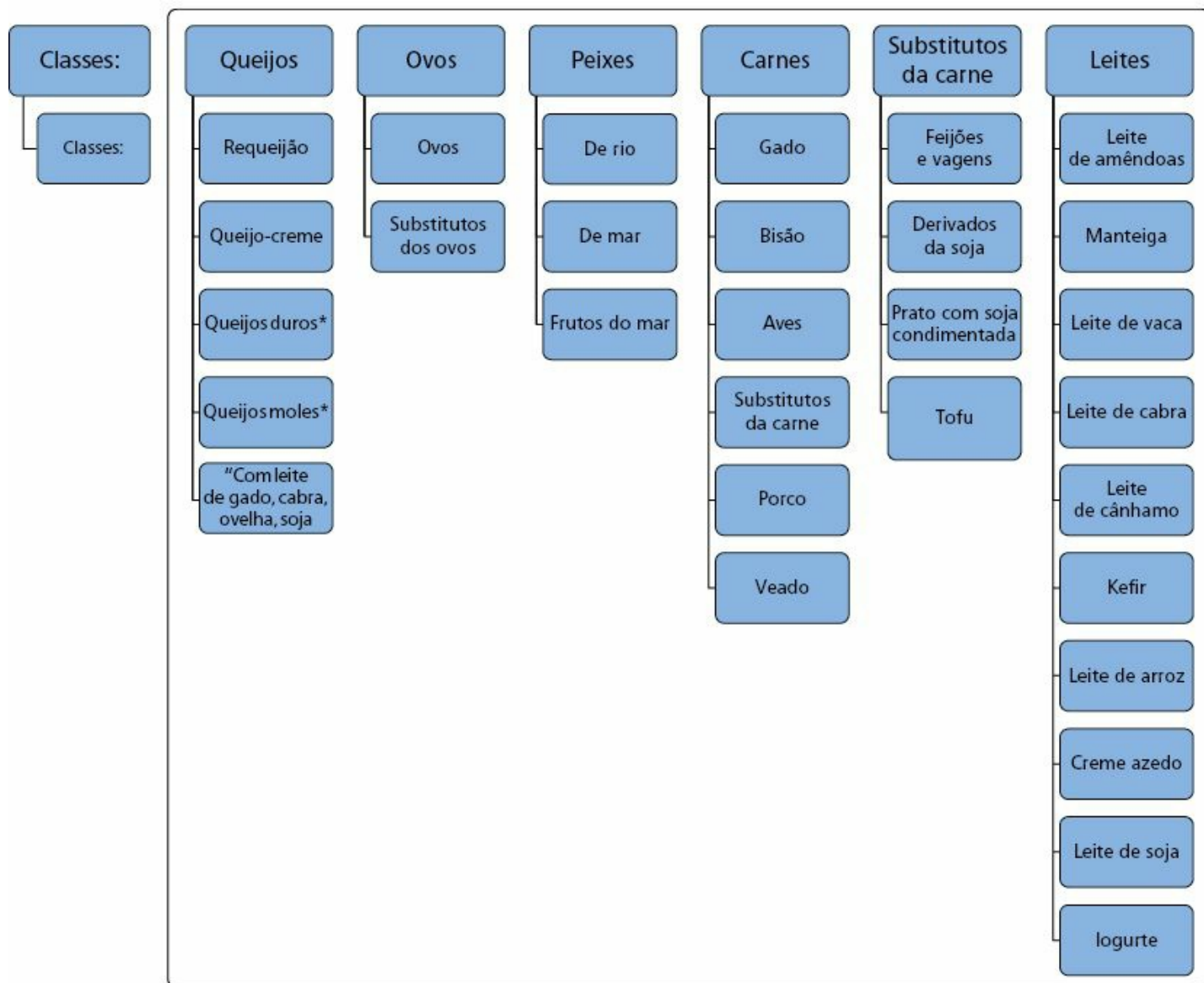
Você consegue perceber que essa loja organizou os itens em oito categorias principais, ou corredores de itens: proteínas, produtos em grão, legumes, frutas, alimentos processados, lanches, produtos mais sofisticados e bebidas. Essas categorias/corredores podem também ser chamados de “domínios” – são os níveis mais abrangentes de classificação, que dividem os fenômenos em grupos principais. Nesse caso, os fenômenos representam “itens alimentares”.

Você pode também ter observado que o diagrama não mostra apenas os corredores; cada um possui algumas expressões-chave identificadas que ajudam ainda mais o consumidor a compreender os tipos de alimentos a serem encontrados em cada corredor. Por exemplo, o corredor (domínio) com o título “Proteínas” mostra seis subcategorias: “queijos”, “ovos”, “peixes”, “carnes”, “substitutos da carne vermelha” e “laticínios”. Outra maneira de dizer isso seria termos essas subcategorias como “Classes” de alimentos, encontradas no “Domínio” das proteínas.

Uma das regras que as pessoas tentam seguir ao elaborarem uma taxonomia é que as classes sejam mutuamente excludentes – em outras palavras, um tipo de alimento não deve ser encontrado em múltiplas classes. Nem sempre isso é possível, embora ainda deva ser a meta, uma vez que deixa tudo mais claro para quem quer usar a estrutura. Se você encontrar feijão preto no corredor das proteínas, embora haja outros tipos de feijão no corredor dos legumes, será difícil compreender o sistema de classificação usado.

Revendo o diagrama da loja, você nota a existência de informações adicionais no outro lado do folheto recebido (Figura 3.2). Cada um dos corredores com alimentos está mais bem explicado, com informações mais detalhadas sobre os itens encontrados em prateleiras diferentes, localizadas em cada corredor. Exemplificando, a Figura 3.2 mostra as informações encontradas no corredor das “Proteínas”. Você percebe que agora tem seis “classes”, além dos detalhes adicionais sob elas. Elas representam vários tipos (ou conceitos) de alimentos, todos com propriedades similares que os colocam em um grupo.

Figura 3.2 Classes e conceitos na loja Classified Groceries, Inc.



Consideradas as informações recebidas, encontramos com facilidade os itens da lista de compras. Precisando de leite de cabra, rapidamente conseguimos encontrar o corredor marcado com “Proteínas”, a prateleira marcada com “Laticínios”, e conseguimos confirmar que o leite buscado se encontra ali. Da mesma maneira, se quisermos frango e presunto, novamente procuraremos o corredor marcado como “Proteínas”, a prateleira com “Carnes” e, depois, “Aves” para o frango e “Carne de porco” para o presunto.

A finalidade dessa taxonomia de itens alimentares é, então, ajudar os consumidores a determinarem, rapidamente, a seção da loja com os elementos nutricionais que desejam adquirir. Sem isso, as pessoas teriam que andar muito pelos corredores e tentar entender que produtos estão em que corredor – dependendo do tamanho do supermercado, isso poderia ser uma experiência bastante frustrante e confusa! Assim, o diagrama oferecido pelos funcionários mostra um “mapa conceitual”, ou um guia para compradores entenderem, rapidamente, de que forma os itens alimentares foram classificados em locais na loja, procurando melhorar a experiência de consumo.

Esse exemplo de uma taxonomia de supermercado pode não atingir a meta de evitar sobreposição entre conceitos e classes de uma maneira lógica a todos os consumidores.

Exemplificando, os sucos estão no domínio das *Frutas (sucos de fruta)* e no de *Legumes* (sucos de legumes/verduras), mas *não* no domínio das *Bebidas*. Embora um grupo de pessoas possa achar essa categorização lógica e clara, outras podem sugerir que todas as bebidas sejam colocadas juntas. O que importa é a definição clara dos domínios; isto é, que todas as frutas e os produtos com frutas sejam encontrados no domínio das frutas, ao passo que o domínio das bebidas contenha bebidas que não tenham frutas ou legumes/verduras como base. O problema com essa distinção pode ser que alguém defenda que vinhos e outras bebidas (tipo cidra) tenham que estar no corredor das frutas e cervejas e os saquês, no de grãos!

Por ora, você pode estar obtendo uma boa noção da dificuldade que é elaborar uma taxonomia que reflita os conceitos que ela tenta classificar de modo claro, conciso e coerente. Pensando no exemplo do supermercado, você consegue imaginar maneiras diferentes de agrupar os itens na loja?

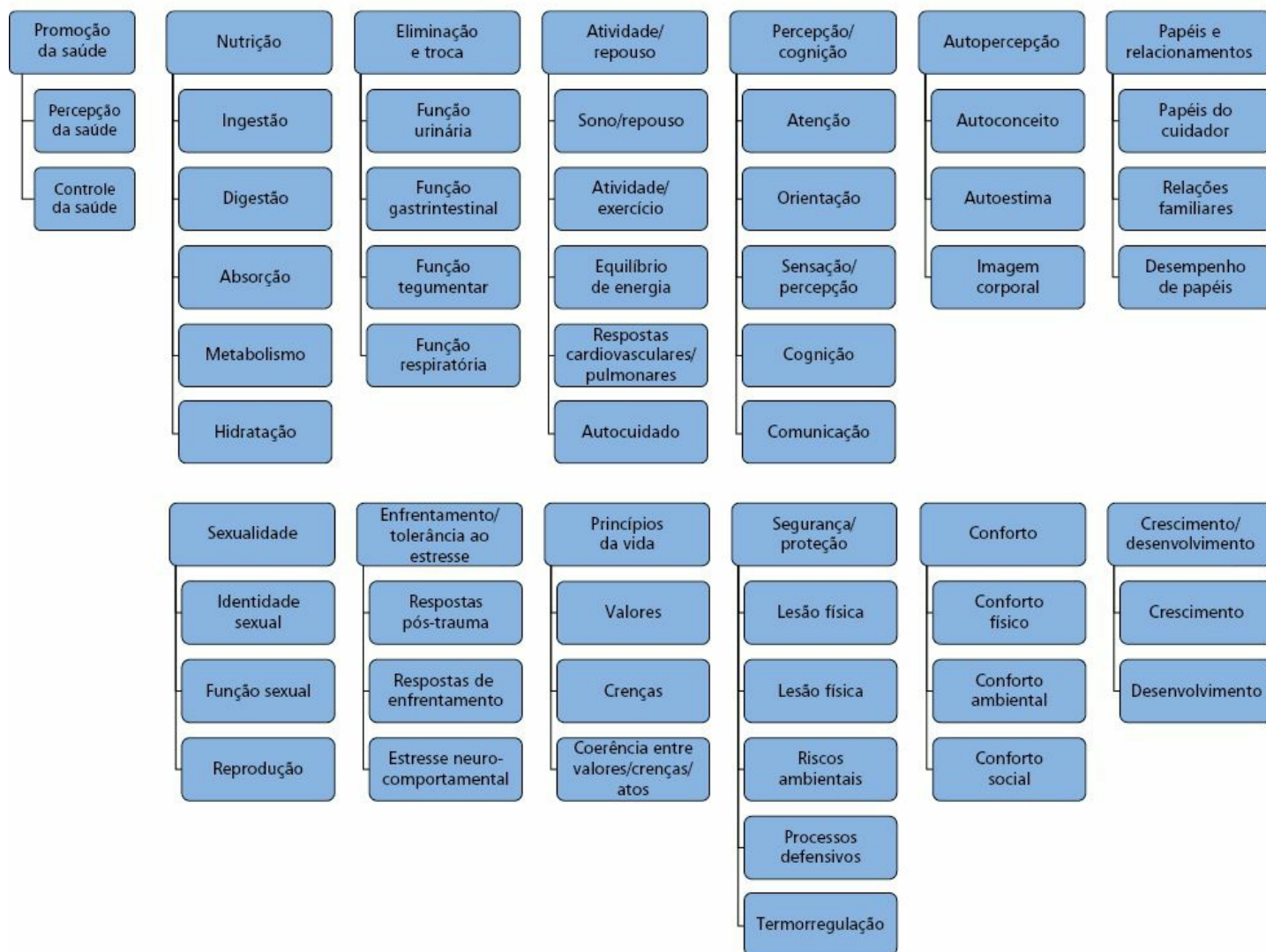
As taxonomias são tarefas sempre em construção: continuam a aumentar, evoluir e mudar de forma impactante, à medida que mais conhecimentos sobre a área de estudos sejam desenvolvidos. Costuma ocorrer muita discussão sobre que estrutura é melhor para categorizar fenômenos de interesse para disciplinas diferentes. Há muitas formas distintas de categorização das coisas e, na verdade, não há uma maneira “absolutamente correta”. A meta é achar um modo lógico e consistente de categorizar coisas similares, ao mesmo tempo evitando a sobreposição de conceitos e classes. Para os usuários de taxonomias, busca-se a compreensão de como elas classificam itens similares em domínios e classes de modo a serem identificados determinados conceitos com rapidez e conforme a necessidade.

Classificação em enfermagem

Conforme Abbott (1988), as profissões elaboram conhecimentos abstratos e formais a partir da real origem desses saberes. Elas organizam seu conhecimento formal em dimensões consistentes, conceituais e lógicas, para que reflitam o domínio profissional, tornando-o relevante para a prática clínica. Para os profissionais da saúde, conhecer os diagnósticos é elemento importante dos conhecimentos profissionais, essencial à prática clínica. O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem deve, assim, ser organizado de modo a legitimar a prática profissional e consolidar a jurisdição dessa profissão (Abbott, 1988).

Na taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, usamos um gráfico hierárquico para mostrar nossos domínios e classes (Figura 3.3). Os diagnósticos não estão descritos nesse gráfico, embora pudessem ser parte dele. A razão principal da não inclusão é a existência de 234 diagnósticos, o que deixaria o gráfico bastante grande – e de leitura difícil!

Figura 3.3 Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I.



Classificar é um modo de compreender a realidade, dando nomes a itens, objetos e fenômenos e ordenando-os em categorias (von Krogh, 2011). Nos cuidados de saúde, as terminologias denotam conhecimentos de disciplinas e demonstram como determinado grupo de profissionais percebe as áreas importantes de conhecimento da disciplina. Uma taxonomia na área da saúde, por conseguinte, tem múltiplas funções que incluem:

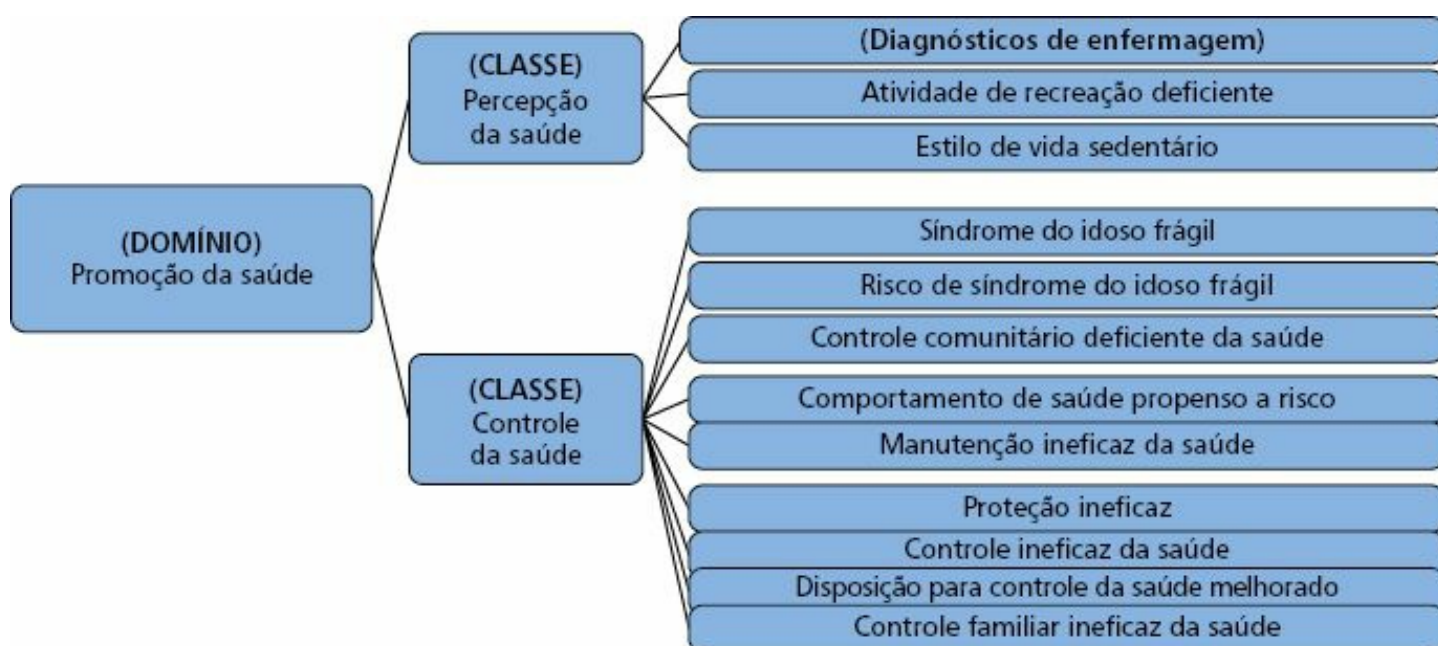
- proporcionar uma visão dos conhecimentos e das áreas de atuação de determinada profissão;
- organizar os fenômenos de modo a refletir as mudanças na saúde, nos processos e nos mecanismos que interessam ao profissional;
- mostrar a conexão lógica entre os fatores que podem ser controlados ou manipulados pelos profissionais da disciplina (von Krogh, 2011).

Em enfermagem, o mais importante é que os diagnósticos sejam classificados de modo a ter sentido clínico; assim, quando um enfermeiro está tentando identificar um diagnóstico que não costuma encontrar na prática, consegue, de modo lógico, usar a taxonomia para encontrar informações adequadas sobre possíveis diagnósticos relacionados. Embora a Taxonomia II da NANDA-I (Figura 3.3) *não* pretenda funcionar como uma estrutura de

coleta de dados na enfermagem, oferece, sim, uma estrutura de classificação de diagnósticos de enfermagem em domínios e classes, cada um definido com clareza.

Para dar um exemplo do que ocorreria se incluíssemos os diagnósticos de enfermagem na representação gráfica da taxonomia, a Figura 3.4 mostra apenas um domínio com suas classes e diagnósticos de enfermagem. Como pode ver, há muita informação!

Figura 3.4 Domínio 1 da NANDA-I, Promoção da Saúde, com classes e diagnósticos de enfermagem.



Os conhecimentos de enfermagem incluem respostas individuais, familiares, grupais e comunitárias (saudáveis e não saudáveis), riscos e elementos positivos. A taxonomia da NANDA-I pretende funcionar das seguintes formas:

- ser um modelo, ou mapa cognitivo, dos conhecimentos da disciplina da enfermagem;
- comunicar o conhecimento, as perspectivas e as teorias;
- oferecer estrutura e ordem para esse conhecimento;
- funcionar como um instrumento de apoio ao raciocínio clínico;
- oferecer uma maneira de organizar os diagnósticos de enfermagem num prontuário eletrônico de saúde (adaptado de von Krogh, 2011).

Uso da taxonomia da NANDA-I

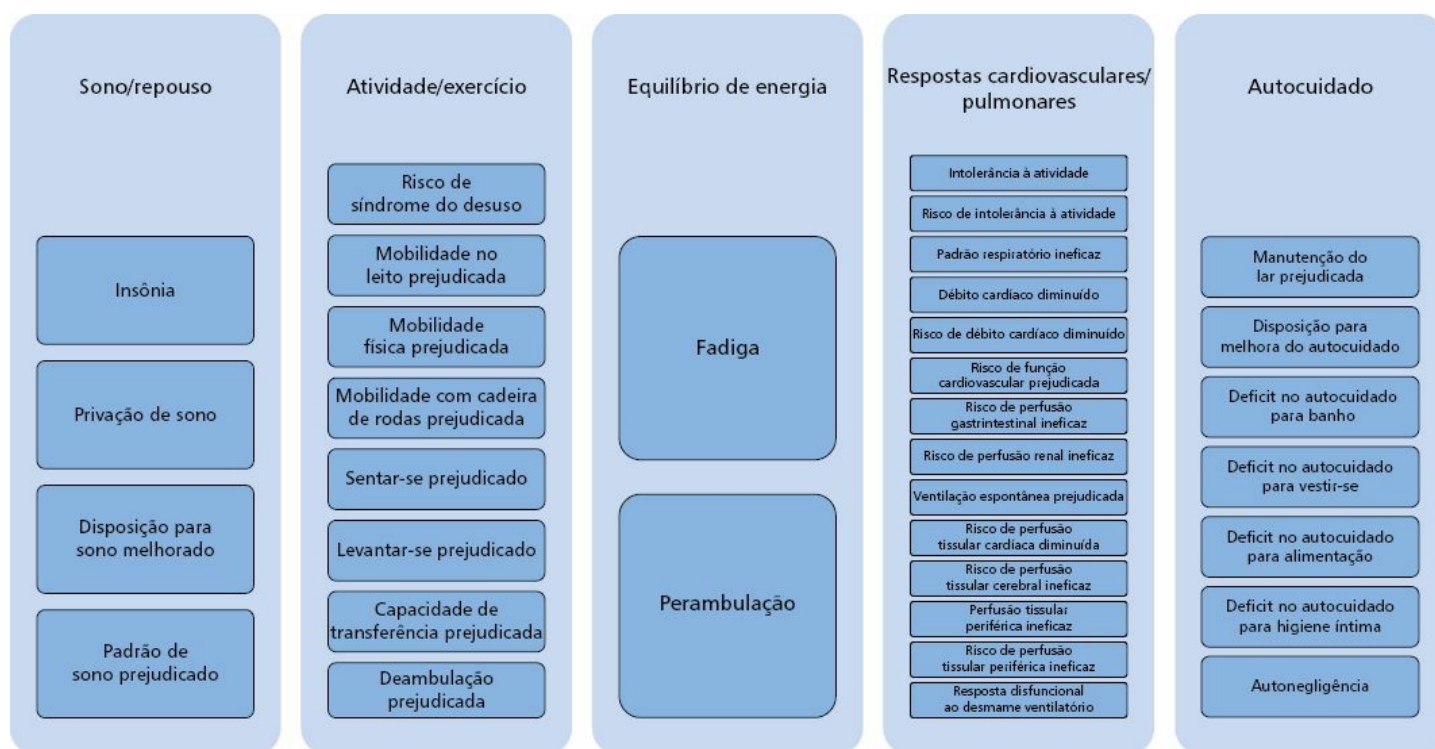
Ainda que a taxonomia ofereça uma forma de categorizar fenômenos da enfermagem, pode ter outras funções. Pode ser útil para professores na elaboração de um currículo de enfermagem, por exemplo. Pode auxiliar um enfermeiro a identificar um diagnóstico, possivelmente um que ele não utilize com frequência, embora dele necessite para determinado paciente. Examinemos essas duas ideias.

Estruturando currículos de enfermagem

Embora a taxonomia de enfermagem da NANDA-I não pretenda ser uma estrutura para coleta de dados de enfermagem, é capaz de dar suporte à organização da educação em cursos de graduação. Por exemplo, podem ser elaborados currículos em torno de domínios e classes, possibilitando que os cursos sejam ensinados, com base nos conceitos essenciais da prática da enfermagem, categorizada em cada um dos domínios da NANDA-I.

Um curso pode ser organizado em torno do domínio Atividade/Repouso (Figura 3.5), com suas unidades fundamentadas em cada uma das classes. Na Unidade 1, o foco pode ser sono/repouso, e o conceito de sono sendo explorado em profundidade. O que é sono? Que impacto causa na saúde individual e familiar? Quais são alguns problemas comuns relativos ao sono com que se deparam nossos pacientes? Em que tipos de pacientes mais provavelmente identificaremos essas condições? Quais são as etiologias primárias? Quais são as consequências se essas condições não são diagnosticadas e/ou tratadas? Como podemos prevenir, tratar e/ou melhorar essas condições? Como podemos controlar os sintomas?

Figura 3.5 Domínio Atividade/Repouso da Taxonomia II da NANDA-I.



A elaboração de um currículo de enfermagem em torno desses conceitos-chave do conhecimento de enfermagem permite que os estudantes realmente compreendam e fiquem especialistas em conhecimentos de enfermagem, ao mesmo tempo em que aprendem e entendem diagnósticos e condições médicos relacionados que também encontrarão na prática cotidiana.

A criação de cursos de enfermagem dessa forma possibilita aos alunos muita

aprendizagem sobre os conhecimentos disciplinares da enfermagem. Tolerância à atividade, padrão respiratório, débito cardíaco, mobilidade, autocuidado e perfusão tissular são alguns conceitos-chave do Domínio 4 (Figura 3.5) – constituem os “estados neutros” que precisamos compreender antes de podermos identificar problemas potenciais ou reais nessas respostas.

O entendimento de *perfusão tissular*, por exemplo, como um conceito essencial de prática da enfermagem, exige a compreensão sólida de anatomia, fisiologia e fisiopatologia (inclusive diagnósticos médicos relacionados), bem como de respostas de outros domínios que possam coincidir com problemas na perfusão tissular. Quando você realmente entende o conceito de perfusão tissular (o estado “normal” ou neutro), a identificação do estado anormal fica mais fácil, porque você conhece o que deve ser encontrado quando a perfusão tissular está normal e, não enxergando esses dados, começa a suspeitar da existência de algum problema (ou pode haver risco de surgimento de problema). Assim, elaborar cursos de enfermagem em torno desses conceitos essenciais possibilita aos professores universitários o foco em conhecimentos da disciplina de enfermagem e a incorporação de diagnósticos médicos relacionados e/ou preocupações interdisciplinares, de modo que seja permitido aos enfermeiros a concentração, primeiro, nos fenômenos da enfermagem para, então, levarem seus conhecimentos específicos para uma visão interdisciplinar do paciente, melhorando o atendimento dado a ele. Consequentemente, tudo isso passará a ser conteúdo de resultados realistas do paciente e intervenções baseadas em evidências, que serão utilizadas pelos enfermeiros (intervenções de enfermagem dependentes e independentes) para oferecimento do melhor cuidado possível, de modo que o paciente alcance os resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis.

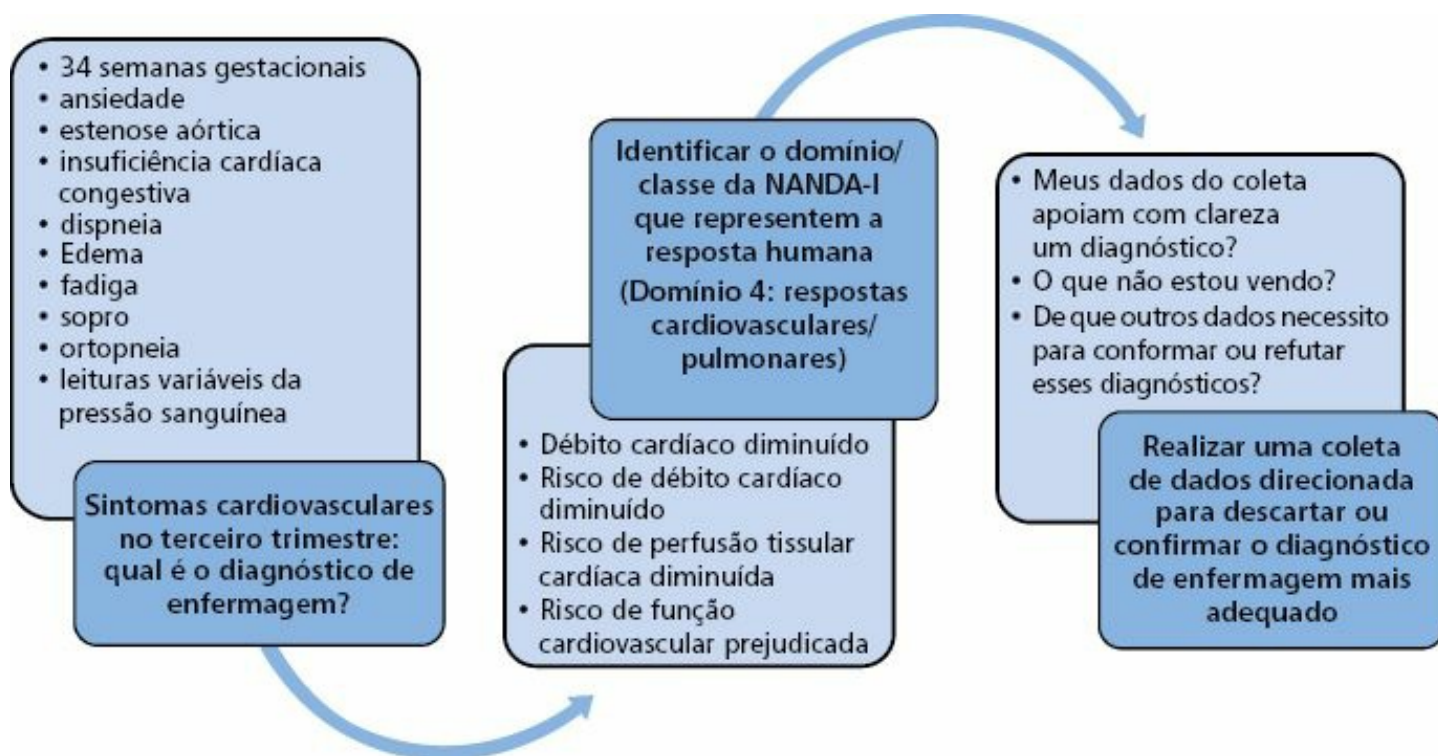
Identificação de um diagnóstico de enfermagem fora de sua área de expertise

Os enfermeiros constroem expertise em diagnósticos de enfermagem que encontram mais vezes na prática clínica. Se sua área de interesse é a prática da enfermagem perinatal, seus conhecimentos específicos podem incluir conceitos-chave como o processo de parto, controle da saúde, nutrição, fadiga, resiliência, paternidade/maternidade, amamentação, entre outros. Mas você cuidará de pacientes que, apesar de, basicamente, estarem a seus cuidados devido ao nascimento iminente de um bebê, também terão outros assuntos necessitando de sua atenção. A taxonomia da NANDA-I pode ser útil na identificação dos potenciais diagnósticos para esses pacientes, ao mesmo tempo em que a terminologia da NANDA-I (os próprios diagnósticos) podem ser de apoio a suas habilidades de raciocínio clínico, pois esclarecem que indicadores diagnósticos/de coleta de dados são necessários para o diagnóstico rápido, embora preciso, de seus pacientes.

É possível a descoberta de que sua paciente tenha um defeito cardíaco congênito apenas detectado quando o volume circulante se expandiu para atendimento das necessidades do feto em desenvolvimento – uma ocorrência perfeitamente normal durante a gestação, ainda que, diante da condição da paciente, coloque sua saúde e a do feto em risco elevado. Você sabe que a paciente não está tolerando as mudanças hemodinâmicas normais associadas à

gravidez (aumento da frequência cardíaca, débito cardíaco e volume de sangue), mas não tem certeza do diagnóstico de enfermagem mais exato para sua condição. Examinando a taxonomia, rapidamente você consegue formar um “mapa cognitivo” que pode ser útil para encontrar mais informações sobre diagnósticos relevantes para essa paciente (Figura 3.6).

Figura 3.6 Uso da Taxonomia II e da terminologia da NANDA-I para identificar e validar um diagnóstico de enfermagem fora de sua área de expertise.



Você sabe que está diante de uma resposta cardiovascular, e uma revisão rápida da taxonomia leva-o ao Domínio 4 (Atividade/Repouso), Classe 4 (Respostas Cardiovasculares/Pulmonares). Você então vê que há quatro diagnósticos especificamente relacionados a respostas cardiovasculares e consegue revisar analiticamente as definições, as etiologias e os sinais/sintomas para definir o diagnóstico mais importante para essa paciente.

Usando dessa forma a taxonomia e a terminologia, tem-se apoio ao raciocínio clínico, bem como auxílio para você se deslocar por um grande volume de informações/conhecimentos (234 diagnósticos), de modo eficiente e real. Uma revisão dos fatores de risco ou fatores relacionados e características definidoras desses quatro diagnósticos pode (a) oferecer mais dados que você precisa obter para tomar uma decisão informada, e/ou (b) possibilitar-lhe uma comparação da sua coleta com aqueles indicadores diagnósticos para o diagnóstico exato da paciente.

Pense na paciente recente: foi difícil diagnosticar sua resposta humana? Foi difícil saber como identificar potenciais diagnósticos? Usar a taxonomia pode lhe dar suporte na identificação de possíveis diagnósticos devido à forma de agrupamento dos diagnósticos em classes e domínios representativos de áreas específicas do conhecimento. Não se

esqueça, todavia, de que ***apenas olhar o título do diagnóstico e “escolher um deles” não é um cuidado seguro!***

Você tem que revisar analiticamente a definição e os indicadores diagnósticos (características definidoras e fatores relacionados ou de risco) para cada diagnóstico potencial identificado, o que irá lhe auxiliar a saber que outros dados deverão ser coletados ou se há dados suficientes para diagnosticar com exatidão a resposta humana da paciente.

Leia o estudo de caso da Sra. Souza para compreender como pode usar a taxonomia para apoio à identificação dos diagnósticos potenciais.

Estudo de caso: Sra. Souza

Suponhamos que sua paciente, Marta Souza, 65 anos, casada, apresente uma lesão de extremidade inferior, decorrente de pequeno acidente automobilístico, há 15 dias, lesão essa que não mostra sinais de cicatrização. Ela tem edema 3+ nas extremidades inferiores, tempo de reperfusão capilar em extremidade inferior a 5 segundos. A paciente fuma moderadamente e está acima do peso, tendo também *diabetes melito*. Descreve a própria vida como extremamente sedentária e diz “Mesmo que queira me exercitar, não consigo – as pernas doem muito quando percorro qualquer distância”.

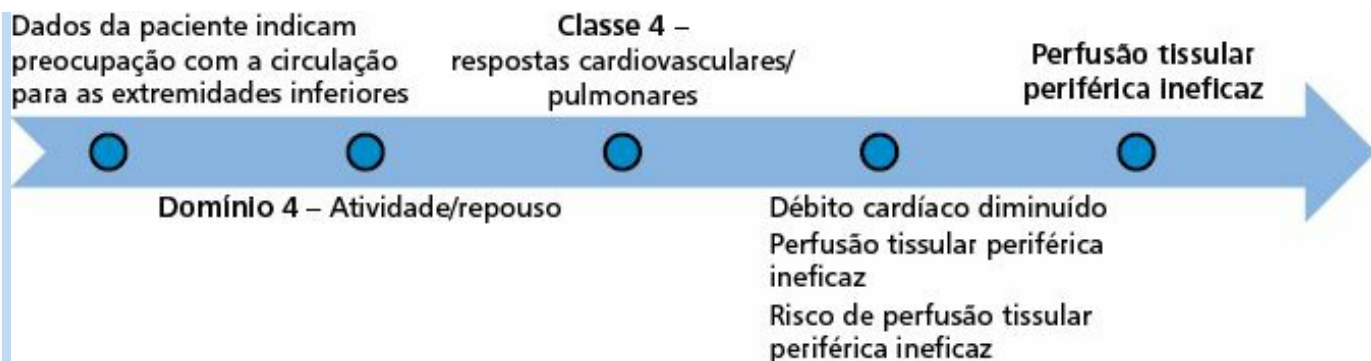
Após concluir a coleta de dados e revisar a história da paciente, você está seguro de que ela tem um problema circulatório, mas essa é uma área desconhecida a você na enfermagem; assim, há necessidade de revisar os potenciais diagnósticos. Já que você pensa em uma questão circulatória, examina a taxonomia da NANDA-I para identificar a localização lógica desses diagnósticos. Identifica que o *Domínio 4, Atividade/Repouso*, trata da produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos. Como você sabe que os mecanismos cardiopulmonares dão apoio à atividade/repouso, acredita ser esse o domínio com os diagnósticos relevantes à Sra. Souza. *Classe 4, Respostas Cardiovasculares/Pulmonares*. Uma revisão dessa classe leva à identificação de três potenciais diagnósticos: *débito cardíaco diminuído*, *perfusão tissular periférica* ineficaz e risco de perfusão tissular periférica ineficaz.

Perguntas que deve fazer a si mesmo:

- Que outras respostas humanas devo descartar ou levar em conta?
- Que outros sinais/sintomas ou etiologias devo procurar para confirmar esse diagnóstico?

Assim que revisa as definições e os indicadores diagnósticos (fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco), você diagnostica a Sra. Souza com *Perfusão tissular periférica ineficaz* (00204) (Figura 3.7).

Figura 3.7 Diagnosticando a Sra. Souza.



Alguns questionamentos finais devem incluir:

- Estou deixando alguma coisa escapar?
- Estou diagnosticando sem evidências suficientes?

Se você acha que seu diagnóstico está correto, as perguntas passam a ser:

- Que resultados posso, de forma realista, esperar alcançar na Sra. Souza?
- Quais são as intervenções de enfermagem baseadas em evidências que devo levar em conta?
- Como avaliarei se foram eficazes ou não?

Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: uma breve história

Em 1987, a NANDA-I publicou a taxonomia I, estruturada de modo a refletir modelos teóricos de enfermagem da América do Norte. Em 2002, foi adotada a Taxonomia II, adaptada da estrutura de coleta de dados dos Padrões Funcionais de Saúde da Dra. Marjory Gordon. Na Internet encontra-se uma perspectiva histórica da taxonomia da NANDA-I: www.nanda.org/nanda-international-history.html.

A Tabela 3.1 apresenta domínios, classes e diagnósticos de enfermagem e como, atualmente, se localizam na Taxonomia II da NANDA-I.

Tabela 3.1 Domínios, classes e diagnósticos de enfermagem na Taxonomia II da NANDA-I

Domínio 1. Promoção da Saúde	
<i>Percepção de bem-estar ou de normalidade de função e de estratégias utilizadas para manter o controle e melhorar esse bem-estar ou normalidade de função.</i>	
Classe 1 Percepção da Saúde <i>Reconhecimento de função normal e bem-estar</i>	
Código Diagnóstico 00097 Atividade de recreação deficiente 00168 Estilo de vida sedentário	
Classe 2 Controle da Saúde	

<i>Identificação, controle, desempenho e integração de atividades para manter a saúde e o bem-estar</i>	
Código Diagnóstico 00079 Falta de adesão 00188 Comportamento de saúde propenso a risco 00080 Controle da saúde familiar ineficaz 00078 Controle ineficaz da saúde 00162 Disposição para controle da saúde melhorado 00099 Manutenção ineficaz da saúde 00043 Proteção ineficaz 00215 Saúde deficiente da comunidade 00257 Síndrome do idoso frágil 00231 Risco de síndrome do idoso frágil	
Domínio 2. Nutrição <i>Atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação dos tecidos e produção de energia.</i>	
Classe 1. Ingestão <i>Levar alimentos ou nutrientes para dentro do organismo</i>	
Código Diagnóstico 00107 Padrão ineficaz de alimentação do lactente 00104 Amamentação ineficaz 00105 Amamentação interrompida 00106 Disposição para amamentação melhorada 00103 Deglutição prejudicada 00216 Leite materno insuficiente 00002 Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais 00163 Disposição para nutrição melhorada 00232 Obesidade 00233 Sobrepeso 00234 Risco de sobrepeso	
Classe 2. Digestão <i>Atividades físicas e químicas que convertem alimentos em substâncias adequadas à absorção e eliminação</i>	
Nenhum diagnóstico até o momento	
Classe 3. Absorção <i>Ato de absorver os nutrientes pelos tecidos do organismo</i>	
Nenhum diagnóstico até o momento	
Classe 4. Metabolismo <i>Processos químicos e físicos que ocorrem nos organismos vivos e células para o desenvolvimento e o uso do protoplasma, a produção de resíduos e energia, com a liberação de energia para todos os processos vitais</i>	
Código Diagnóstico 00178 Risco de função hepática prejudicada 00179 Risco de glicemia instável 00194 Icterícia neonatal 00230 Risco de icterícia neonatal	
Classe 5. Hidratação <i>Ingestão e absorção de líquidos e eletrólitos</i>	
Código Diagnóstico 00195 Risco de desequilíbrio eletrolítico 00160 Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado	

00027 Volume de líquidos deficiente
00028 Risco de volume de líquidos deficiente
00026 Volume de líquidos excessivo
00025 Risco de volume de líquidos desequilibrado
Domínio 3. Eliminação e Troca
<i>Secreção e excreção de produtos residuais do organismo.</i>
Classe 1. Função Urinária <i>O processo de secreção, reabsorção e excreção de urina</i>
Código Diagnóstico 00166 Disposição para eliminação urinária melhorada 00016 Eliminação urinária prejudicada 00017 Incontinência urinária de esforço 00019 Incontinência urinária de urgência 00022 Risco de incontinência urinária de urgência 00020 Incontinência urinária funcional 00176 Incontinência urinária por transbordamento 00018 Incontinência urinária reflexa 00023 Retenção urinária
Classe 2. Função Gastrointestinal <i>O processo de absorção e excreção dos subprodutos da digestão</i>
Código Diagnóstico 00011 Constipação 00015 Risco de constipação 00235 Constipação funcional crônica 00236 Risco de constipação funcional crônica 00012 Constipação percebida 00013 Diarreia 00014 Incontinência intestinal 00196 Motilidade gastrointestinal disfuncional 00197 Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional
Classe 3. Função Tegumentar <i>Processo de secreção e excreção pela pele</i>
Nenhum diagnóstico até o momento
Classe 4. Função Respiratória <i>Processo de troca de gases e remoção dos subprodutos do metabolismo</i>
Código Diagnóstico 00030 Troca de gases prejudicada
Domínio 4. Atividade/Repouso
<i>Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos.</i>
Classe 1. Sono/Repouso <i>Descanso, repouso, sossego, relaxamento ou inatividade</i>
Código Diagnóstico 00095 Insônia 00198 Padrão de sono prejudicado 00096 Privação de sono 00165 Disposição para sono melhorado
Classe 2. Atividade/Exercício

Movimento de partes do corpo (mobilidade), realização de tarefas ou ações, normalmente (embora nem sempre) contra resistência

Código Diagnóstico

00090 **Capacidade de transferência** prejudicada
00088 **Deambulação** prejudicada
00238 **Levantar-se** prejudicado
00085 **Mobilidade** física prejudicada
00091 **Mobilidade** no leito prejudicada
00089 **Mobilidade** com cadeira de rodas prejudicada
00237 **Sentar-se** prejudicado
00040 Risco de **síndrome do desuso**

Classe 3. Equilíbrio de Energia

Estado dinâmico de harmonia entre ingestão e gasto de recursos

Código Diagnóstico

00093 **Fadiga**
00154 **Perambulação**

Classe 4. Respostas Cardiovasculares/Pulmonares

Mecanismos cardiopulmonares que apoiam atividade/repouso

Código Diagnóstico

00029 **Débito cardíaco** diminuído
00240 Risco de **débito cardíaco** diminuído
00239 Risco de **função cardiovascular** prejudicada
00092 **Intolerância** à atividade
00094 Risco de **intolerância** à atividade
00032 **Padrão respiratório** ineficaz
00200 Risco de **perfusão tissular** cardíaca diminuída
00202 Risco de **perfusão gastrintestinal** ineficaz
00203 Risco de **perfusão renal** ineficaz
00201 Risco de **perfusão tissular** cerebral ineficaz
00204 **Perfusão tissular** periférica ineficaz
00228 Risco de **perfusão tissular** periférica ineficaz
00034 **Resposta disfuncional ao desmame ventilatório**
00033 **Ventilação espontânea** prejudicada

Classe 5. Autocuidado

Capacidade de desempenhar atividades para cuidar do próprio corpo e das funções corporais

Código Diagnóstico

00182 Disposição para melhora do **autocuidado**
00102 Déficit no **autocuidado para alimentação**
00108 Déficit no **autocuidado para banho**
00110 Déficit no **autocuidado para higiene íntima**
00109 Déficit no **autocuidado para vestir-se**
00193 **Autonegligência**
00098 **Manutenção do lar** prejudicada

*Os editores reconhecem que esses conceitos não estão em ordem alfabética, mas tomaram a decisão de manter os diagnósticos de “déficit no autocuidado” em ordem sequencial.

Domínio 5. Percepção/Cognição

Sistema humano de processamento de informações que inclui atenção, orientação, sensações, percepção, cognição e comunicação.

Classe 1. Atenção

Disposição mental para perceber ou observar

Código Diagnóstico 00123 Negligência unilateral
Classe 2. Orientação <i>Percepção de tempo, local e pessoa</i>
Nenhum diagnóstico até o momento
Classe 3. Sensação/Percepção <i>Recebimento de informações pelos sentidos do tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia e a compreensão de dados sensoriais, resultando em atribuição de nomes, associação e/ou reconhecimento de padrão</i>
Nenhum diagnóstico até o momento
Classe 4. Cognição <i>Uso de memória, aprendizagem, raciocínio, solução de problemas, abstração, julgamento, insight, capacidade intelectual, cálculos e linguagem</i>
Código Diagnóstico 00128 Confusão aguda 00173 Risco de confusão aguda 00129 Confusão crônica 00126 Conhecimento deficiente 00161 Disposição para conhecimento melhorado 00222 Controle de impulsos ineficaz 00251 Controle emocional instável 00131 Memória prejudicada
Classe 5. Comunicação <i>Envio e recebimento de informações verbais e não verbais</i>
Código Diagnóstico 00157 Disposição para comunicação melhorada 00051 Comunicação verbal prejudicada
Domínio 6. Autopercepção <i>Percepção de si mesmo.</i>
Classe 1. Autoconceito <i>Percepção(ões) do eu total</i>
Código Diagnóstico 00167 Disposição para autoconceito melhorado 00124 Desesperança 00174 Risco de dignidade humana comprometida 00185 Disposição para esperança melhorada 00121 Identidade pessoal perturbada 00225 Risco de identidade pessoal perturbada
Classe 2. Autoestima <i>Investigação do próprio valor; importância, capacidade, sucesso</i>
Código Diagnóstico 00119 Baixa autoestima crônica 00224 Risco de baixa autoestima crônica 00120 Baixa autoestima situacional 00153 Risco de baixa autoestima situacional
Classe 3. Imagem Corporal

<i>Imagem mental do próprio corpo</i>
Código Diagnóstico 00118 Distúrbio na imagem corporal
Domínio 7. Papéis e Relacionamentos <i>Conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas, e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas.</i>
Classe 1. Papéis do Cuidador <i>Padrões de comportamento socialmente esperados por pessoas que oferecem cuidados e que não são profissionais da saúde</i>
Código Diagnóstico 00164 Disposição para paternidade ou maternidade melhorada 00056 Paternidade ou maternidade prejudicada 00057 Risco de paternidade ou maternidade prejudicada 00061 Tensão do papel de cuidador 00062 Risco de tensão do papel de cuidador
Classe 2. Relações Familiares <i>Associações de pessoas biologicamente relacionadas ou relacionadas por opção</i>
Código Diagnóstico 00063 Processos familiares disfuncionais 00060 Processos familiares interrompidos 00159 Disposição para processos familiares melhorados 00058 Risco de vínculo prejudicado
Classe 3. Desempenho de Papéis <i>Qualidade de funcionamento em padrões de comportamento socialmente esperados</i>
Código Diagnóstico 00064 Conflito no papel de pai/mãe 00055 Desempenho de papel ineficaz 00052 Interação social prejudicada 00223 Relacionamento ineficaz 00229 Risco de relacionamento ineficaz 00207 Disposição para relacionamento melhorado
Domínio 8. Sexualidade <i>Identidade sexual, função sexual e reprodução.</i>
Classe 1. Identidade Sexual <i>Estado de ser de uma pessoa específica em relação à sexualidade e/ou ao gênero</i>
Nenhum diagnóstico até o momento
Classe 2. Função Sexual <i>Capacidade ou habilidade de participar de atividades sexuais</i>
Código Diagnóstico 00059 Disfunção sexual 00065 Padrão de sexualidade ineficaz
Classe 3. Reprodução <i>Qualquer processo pelo qual seres humanos são produzidos</i>
Código Diagnóstico 00209 Risco de binômio mãe-feto perturbado 00221 Processo de criação de filhos ineficaz

00227 Risco de **processo de criação de filhos** ineficaz
00208 Disposição para **processo de criação de filhos** melhorado

Domínio 9. Enfrentamento/Tolerância ao Estresse

Confronto com eventos/processos de vida.

Classe 1. Respostas Pós-trauma

Respostas que ocorrem após trauma físico ou psicológico

Código Diagnóstico

00114 **Síndrome do estresse por mudança**
00149 Risco de **síndrome do estresse por mudança**
00142 **Síndrome do trauma de estupro**
00141 **Síndrome pós-trauma**
00145 Risco de **síndrome pós-trauma**

Classe 2. Respostas de Enfrentamento

Processo de lidar com o estresse ambiental

Código Diagnóstico

00146 **Ansiedade**
00147 **Ansiedade relacionada à morte**
00071 **Enfrentamento** defensivo
00074 **Enfrentamento** familiar comprometido
00073 **Enfrentamento** familiar incapacitado
00075 Disposição para **enfrentamento** familiar melhorado
00069 **Enfrentamento** ineficaz
00077 **Enfrentamento** ineficaz da comunidade
00158 Disposição para **enfrentamento** melhorado
00076 Disposição para **enfrentamento** melhorado da comunidade
00177 Sobrecarga de **estresse**
00125 Sentimento de **impotência**
00152 Risco de sentimento de **impotência**
00148 **Medo**
00072 **Negação** ineficaz
00136 **Pesar**
00135 **Pesar** complicado
00172 Risco de **pesar** complicado
00199 **Planejamento de atividade** ineficaz
00226 Risco de **planejamento de atividade** ineficaz
00187 Disposição para **poder** melhorado
00241 **Regulação do humor** prejudicada
00211 Risco de **resiliência** comprometida
00212 Disposição para **resiliência** melhorada
00210 **Resiliência** prejudicada
00137 **Tristeza** crônica

Classe 3 Estresse Neurocomportamental

Respostas comportamentais que se refletem na função nervosa e cerebral

Código Diagnóstico

00049 **Capacidade adaptativa** intracraniana diminuída
00116 **Comportamento desorganizado** do lactente
00115 Risco de **comportamento desorganizado** do lactente
00117 Disposição para **comportamento organizado** melhorado do lactente
00009 **Disreflexia autonômica**
00010 Risco de **disreflexia autonômica**

Domínio 10. Princípios da Vida

Princípios que subjazem à conduta, ao pensamento e ao comportamento com relação a atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco.

Classe 1. Valores

Identificação e classificação de modos preferidos de conduta ou estados finais

Nenhum diagnóstico até o momento

Classe 2. Crenças

Opiniões, expectativas ou juízos sobre atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco

Código Diagnóstico

00068 Disposição para **bem-estar espiritual** melhorado

Classe 3. Coerência entre valores/crenças/atos

Correspondência ou equilíbrio alcançado entre valores, crenças e atos

Código Diagnóstico

00083 **Conflito de decisão**

00242 Tomada de **decisão emancipada** prejudicada

00171 Disposição para **religiosidade** melhorada

00169 **Religiosidade** prejudicada

00170 Risco de **religiosidade** prejudicada

00066 **Sofrimento espiritual**

00067 Risco de **sofrimento espiritual**

00175 **Sofrimento moral**

00184 Disposição para **tomada de decisão** melhorada

00243 Disposição para **tomada de decisão emancipada** melhorada

00244 Risco de **tomada de decisão emancipada** prejudicada

Domínio 11. Segurança/Proteção

Estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos.

Classe 1. Infecção

Respostas do hospedeiro após invasão de patógenos

Código Diagnóstico

00004 Risco de **infecção**

Classe 2. Lesão Física

Dano ou ferimento no corpo

Código Diagnóstico

00039 Risco de **aspiração**

00205 Risco de **choque**

00048 **Dentição** prejudicada

00031 **Desobstrução** ineficaz de **vias aéreas**

00086 Risco de **disfunção** neurovascular periférica

00046 **Integridade da pele** prejudicada

00047 Risco de **integridade da pele** prejudicada

00044 **Integridade tissular** prejudicada

00248 Risco de **integridade tissular** prejudicada

00035 Risco de **lesão**

00087 Risco de **lesão por posicionamento** perioperatório

00220 Risco de **lesão térmica**

00245 Risco de **lesão** na córnea

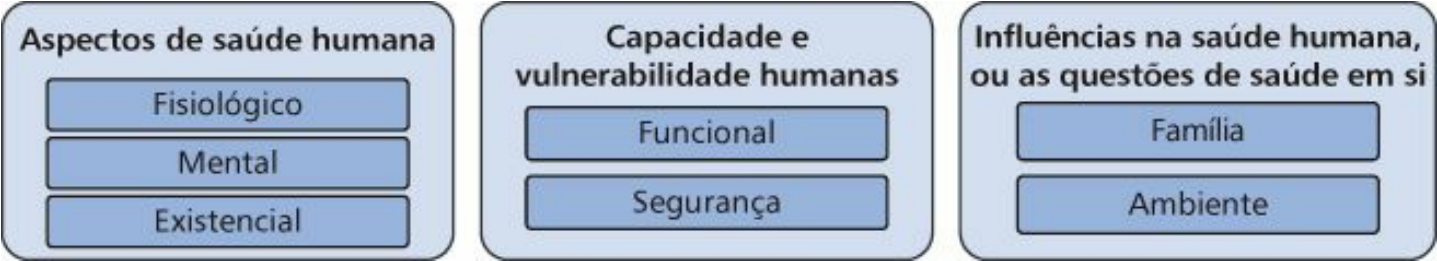
00250 Risco de lesão do trato urinário 00247 Risco de mucosa oral prejudicada 00045 Mucosa oral prejudicada 00219 Risco de olho seco 00155 Risco de quedas 00100 Recuperação cirúrgica retardada 00246 Risco de recuperação cirúrgica retardada 00206 Risco de sangramento 00156 Risco de síndrome da morte súbita do lactente 00036 Risco de sufocação 00038 Risco de trauma 00213 Risco de trauma vascular 00249 Risco de úlceras por pressão *Os editores reconhecem que esses conceitos não estão em ordem alfabética, mas tomaram a decisão de manter os diagnósticos de “lesão” em ordem sequencial.
Classe 3. Violência <i>Uso de força excessiva ou poder para causar lesão ou abuso.</i>
Código Diagnóstico 00151 Automutilação 00139 Risco de automutilação 00150 Risco de suicídio 00138 Risco de violência direcionada a outros 00140 Risco de violência direcionada a si mesmo
Classe 4. Riscos Ambientais <i>Fontes de perigo na área ao redor</i>
Código Diagnósticos 00181 Contaminação 00180 Risco de contaminação 00037 Risco de envenenamento
Classe 5. Processos Defensivos <i>Processos pelos quais o próprio protege-se do não próprio</i>
Código Diagnósticos 00218 Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo 00217 Risco de resposta alérgica 00041 Resposta alérgica ao látex 00042 Risco de resposta alérgica ao látex
Classe 6. Termorregulação <i>Processo fisiológico de regulação de calor e energia no corpo para protegê-lo</i>
Código Diagnóstico 00700 Hipertermia 00006 Hipotermia 00253 Risco de hipotermia 00254 Risco de hipotermia perioperatória 00008 Termorregulação ineficaz 00005 Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
Domínio 12. Conforto <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social.</i>
Classe 1. Conforto Físico <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre da dor</i>

Código Diagnóstico 00183 Disposição para conforto melhorado 00214 Conforto prejudicado 00132 Dor aguda 00133 Dor crônica 00256 Dor no trabalho de parto 00134 Náusea 00255 Síndrome da dor crônica
Classe 2. Conforto ambiental <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente</i>
Código Diagnóstico 00183 Disposição para conforto melhorado 00214 Conforto prejudicado
Classe 3. Conforto Social <i>Sensação de bem-estar ou tranquilidade com a própria situação social</i>
Código Diagnóstico 00214 Conforto prejudicado 00183 Disposição para conforto melhorado 00053 solamento social 00054 Risco de solidão
Domínio 13. Crescimento/Desenvolvimento <i>Aumentos adequados à idade nas dimensões físicas, amadurecimento de sistemas de órgãos e/ou progressão ao longo dos marcos do desenvolvimento.</i>
Classe 1. Crescimento <i>Aumento nas dimensões físicas ou o amadurecimento dos sistemas de órgãos</i>
Código Diagnóstico 00113 Risco de crescimento desproporcional
Classe 2. Desenvolvimento <i>Progressão ou regressão na sequência de marcos de vida reconhecidos</i>
Código Diagnóstico 00112 Risco de desenvolvimento atrasado

Como antes observado, as taxonomias evoluem e mudam com o tempo, o que se dá por várias razões. Estamos sempre aprendendo mais sobre a profissão e há a possibilidade de descobrirmos que aquilo que parecia pertencer a um domínio está representado com maior exatidão em dois domínios diferentes. Podem ser descobertos novos fenômenos que não se ajustam tão facilmente a uma estrutura já existente. Além disso, as perspectivas teóricas mudam, levando os profissionais a ver seus conhecimentos sob outra perspectiva. Recentemente, foi apresentada à NANDA-I uma nova potencial taxonomia, proposta pelo Dr. Gunn von Krogh. Ao longo dos próximos anos, haverá um trabalho para que essa taxonomia seja testada e, possivelmente, aperfeiçoada. Em 2016, a meta é levar a taxonomia aos membros da NANDA-I para determinar se a organização deve manter a Taxonomia II ou passar para essa nova visão, adotando uma Taxonomia III.

No modelo de von Krogh (Figura 3.8), são conceituados sete domínios, baseados em áreas importantes da enfermagem.

Figura 3.8 Sete domínios da Taxonomia III proposta.



Sendo uma decisão capaz de causar grande impacto na enfermagem, desde o que é ensinado até a estruturação de sistemas eletrônicos de modo a permitir a documentação e o apoio decisório para os diagnósticos de enfermagem, incluímos aqui a estrutura atual da Taxonomia III *proposta* (Figura 3.9). É importante salientar que **a NANDA-I não adotou essa estrutura taxonômica**, embora haverá trabalho ao longo dos próximos anos para examinar sua adequação como estrutura taxonômica para os diagnósticos de enfermagem, por meio de debate e pesquisa no mundo todo. Na Tabela 3.2 mostramos a diferença da localização dos diagnósticos nessa taxonomia, numa comparação com a atual estrutura. Mais informações sobre testes da taxonomia proposta estarão disponíveis na Internet, à medida que ocorrerem. www.nanda.org.

Figura 3.9 Domínios e classes da Taxonomia III proposta (von Krogh, 2011).

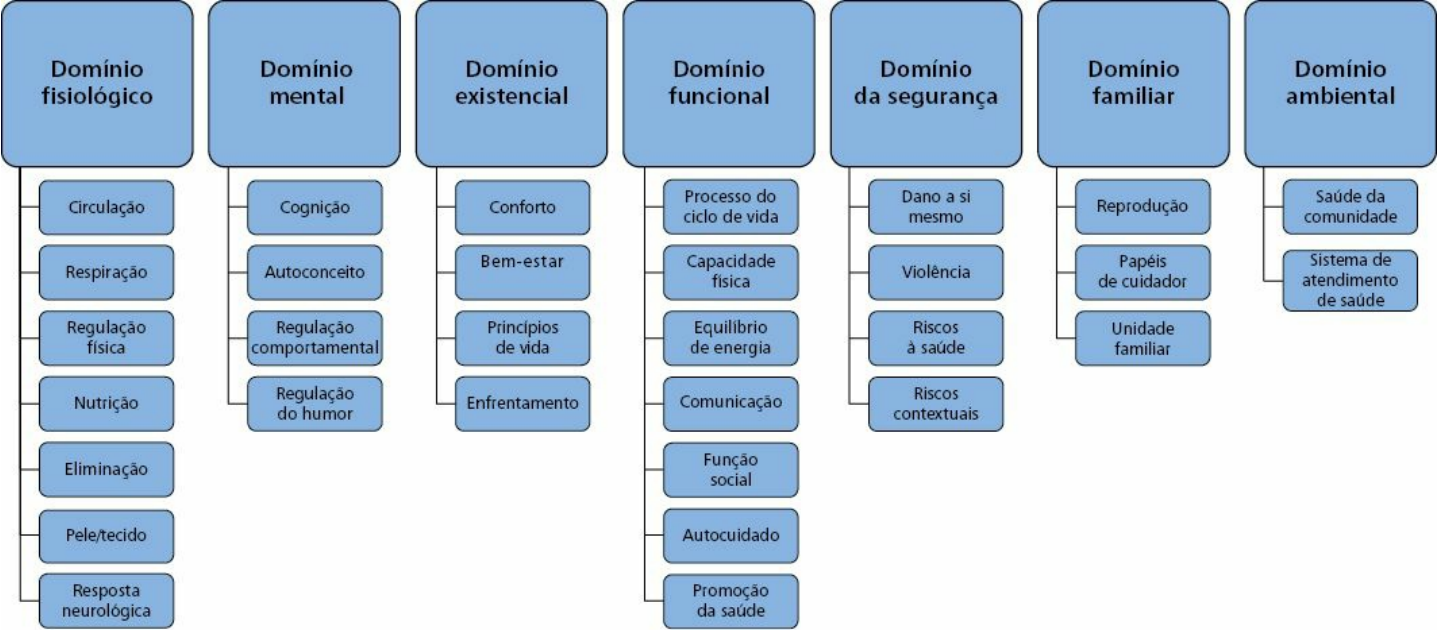


Tabela 3.2 Domínios, classes e diagnósticos de enfermagem na Taxonomia III proposta

DOMÍNIO FISIOLÓGICO
<i>Estruturas anatômicas e processos fisiológicos essenciais à saúde humana.</i>
Classe: Circulação
<i>Estruturas anatômicas e processos fisiológicos envolvidos na circulação vital e periférica</i>

00029 Débito cardíaco diminuído
00240 Risco de débito cardíaco diminuído
00200 Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída
00239 Risco de função cardiovascular prejudicada
00201 Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz
00202 Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz
00203 Risco de perfusão renal ineficaz
00204 Perfusão tissular periférica ineficaz
00228 Risco de perfusão tissular periférica ineficaz

Classe: Respiração

Estruturas anatômicas e processos fisiológicos envolvidos na ventilação e na troca de gases

00031 Desobstrução ineficaz de vias aéreas
00032 Padrão respiratório ineficaz
00030 Troca de gases prejudicada
00033 Ventilação espontânea prejudicada
00034 Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

Classe: Regulação Física

Estruturas anatômicas e processos fisiológicos envolvidos em mecanismos hematológicos, imunológicos e reguladores do metabolismo

00218 Risco de reação adversa a meio de contraste com iodo
00217 Risco de resposta alérgica
00179 Risco de glicemia instável
00005 Risco de temperatura corporal desequilibrada
00195 Risco de desequilíbrio eletrolítico
00160 Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado
00027 Volume de líquidos deficiente
00028 Risco de volume de líquidos deficiente
00026 Volume de líquidos excessivo
00025 Risco de desequilíbrio do volume de líquidos
00007 Hipertermia
00253 Risco de hipertermia
00006 Hipotermia
00253 Risco de hipotermia
00254 Risco de hipotermia perioperatória
00194 Icterícia neonatal
00230 Risco de icterícia neonatal
00041 Resposta alérgica ao látex
00042 Risco de resposta alérgica ao látex
00178 Risco de função hepática prejudicada
00008 Termorregulação ineficaz

Classe: Nutrição

Estruturas anatômicas e processos fisiológicos envolvidos na ingestão, digestão e absorção de nutrientes

00216 Leite materno insuficiente
00104 Amamentação ineficaz
00105 Amamentação interrompida
00106 Disposição para amamentação melhorada
00107 Padrão ineficaz de alimentação do lactente
00002 Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais
00163 Disposição para nutrição melhorada
00232 Obesidade
00233 Sobrepeso
002234 Risco de sobrepeso

Classe: Eliminação

Estruturas anatômicas e processos fisiológicos envolvidos na eliminação de resíduos corporais

00014 Incontinência intestinal
00011 Constipação
00015 Risco de constipação
00012 Constipação percebida
00235 Constipação funcional crônica
00013 Diarreia
00196 Motilidade gastrointestinal disfuncional
00197 Risco de motilidade gastrointestinal funcional
00016 Eliminação urinária prejudicada
00166 Disposição para eliminação urinária melhorada
00020 Incontinência urinária funcional
00176 Incontinência urinária por transbordamento
00018 Incontinência urinária reflexa
00017 Incontinência urinária de esforço
00019 Incontinência urinária de urgência
00022 Risco de incontinência urinária de urgência
00023 Retenção urinária
00250 Risco de lesão do trato urinário

Classe: Pele/Tecido

Estruturas anatômicas e processos fisiológicos da pele e tecidos do corpo envolvidos na integridade estrutural

00245 Risco de lesão da córnea
00048 Dentição prejudicada
00219 Risco de olho seco
00045 Mucosa oral prejudicada
00247 Risco de mucosa oral prejudicada
00249 Risco de úlcera por pressão
00046 Integridade da pele prejudicada
00047 Risco de integridade da pele prejudicada
00220 Risco de lesão térmica
00044 Integridade tissular prejudicada
00248 Risco de integridade tissular prejudicada
00123 Risco de trauma vascular

Classe: Resposta Neurológica

Estruturas anatômicas e processos fisiológicos envolvidos na transmissão de impulsos nervosos

00049 Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
00009 Disreflexia autonômica
00010 Risco de disreflexia autonômica
00116 Comportamento desorganizado do lactente
00117 Disposição para comportamento organizado do lactente melhorado
00115 Risco de comportamento desorganizado do lactente
00086 Risco de disfunção neurovascular periférica
00123 Negligência unilateral

DOMÍNIO MENTAL

Processos e padrões mentais essenciais à saúde humana.

Classe: Cognição

Processos neuropsicológicos envolvidos na orientação, processamento de informações e memória

00128 Confusão aguda
00173 Risco de confusão aguda
00129 Confusão crônica
00131 Memória prejudicada

Classe: Autoconceito <i>Padrões psicológicos envolvidos na autopercepção, identidade e autorregulação</i>
00118 Distúrbio na imagem corporal 00072 Negação ineficaz 00251 Controle emocional instável 00222 Controle de impulsos ineficaz 00119 Baixa autoestima crônica 00224 Risco de baixa autoestima crônica 00120 Baixa autoestima situacional 00153 Risco de baixa autoestima situacional 00121 Distúrbio da identidade pessoal 00225 Risco de distúrbio da identidade pessoal 00167 Disposição para autoconceito melhorado 00059 Disfunção sexual 00065 Padrão de sexualidade ineficaz
Classe: Regulação do Humor <i>Processos interacionais biofísicos e emocionais envolvidos na regulação do humor</i>
00241 Regulação do humor prejudicada
DOMÍNIO EXISTENCIAL <i>Experiências e percepções de vida essenciais à saúde humana</i>
Classe: Conforto <i>Percepções de sintomas e experiências de sofrimento</i>
00146 Ansiedade 00214 Conforto prejudicado 00183 Disposição para conforto melhorado 00147 Ansiedade relacionada à morte 00148 Medo 00132 Dor aguda 00133 Dor crônica 00256 Dor do trabalho de parto 00255 Síndrome da dor crônica 00134 Náusea 00137 Tristeza crônica
Classe: Bem-estar <i>Percepções de qualidade de vida e experiência de satisfação de necessidades existenciais</i>
00136 Pesar 00135 Pesar complicado 00172 Risco de pesar complicado 00185 Disposição para melhora da esperança 00124 Desesperança 00174 Risco de dignidade humana comprometida 00187 Disposição para poder melhorado 00125 Impotência 00152 Risco de impotência 00066 Sofrimento espiritual 00067 Risco de sofrimento espiritual 00068 Disposição para bem-estar espiritual melhorado
Classe: Princípios de Vida <i>Valores, crenças e religiosidade pessoais</i>
00083 Conflito de decisão 00175 Sofrimento moral

00079 Falta de adesão
00169 Religiosidade prejudicada
00171 Disposição para religiosidade melhorada
00170 Risco de religiosidade prejudicada

Classe: Enfrentamento

Percepções de enfrentamento, experiências e estratégias de enfrentamento

00199 Planejamento de atividade ineficaz
00226 Risco de planejamento de atividade ineficaz
00071 Enfrentamento defensivo
00069 Enfrentamento ineficaz
00158 Disposição para enfrentamento melhorado
00184 Disposição para melhora da tomada de decisão
00242 Tomada de decisão emancipada prejudicada
00243 Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada
00244 Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada
00141 Síndrome pós-trauma
00145 Risco de síndrome pós-trauma
00142 Síndrome do trauma de estupro
00114 Síndrome do estresse por mudança
00149 Risco de síndrome do estresse por mudança
00210 Resiliência prejudicada
00212 Disposição para resiliência melhorada
00211 Risco de resiliência prejudicada
00177 Sobrecarga de estresse

DOMÍNIO FUNCIONAL

Processos do ciclo de vida, funções básicas e habilidades essenciais à saúde humana.

Classe: Processos do Ciclo de Vida

Processos de crescimento, desenvolvimento mental, maturidade física e envelhecimento

00112 Risco de **desenvolvimento** atrasado
00113 Risco de **crescimento** desproporcional

Classe: Capacidade Física

Capacidades audiovisuais, função sexual e mobilidade

00091 Mobilidade no leito prejudicada
00085 Mobilidade física prejudicada
00089 Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada
00237 Sentar-se prejudicado
00238 Levantar-se prejudicado
00090 Capacidade de transferência prejudicada
00088 Deambulação prejudicada

Classe: Equilíbrio de Energia

Uso de energia e padrão de regulação de energia

00092 Intolerância à atividade
00094 Risco de intolerância à atividade
00097 Atividade de recreação deficiente
00093 Fadiga
00095 Insônia
00168 Estilo de vida sedentário
00165 Disposição para sono melhorado
00096 Privação de sono
00198 Padrão de sono prejudicado
00154 Perambulação

Classe: Comunicação <i>Capacidades e habilidades de comunicação</i>
00157 Disposição para comunicação melhorada 00051 Comunicação verbal prejudicada
Classe: Função Social <i>Rede social; papéis, habilidades e interação sociais</i>
00054 Risco de solidão 00207 Disposição para relacionamento melhorado 00223 Relacionamento ineficaz 00229 Risco de relacionamento ineficaz 00055 Desempenho do papel ineficaz 00052 Interação social prejudicada 00053 Isolamento social
Classe: Autocuidado <i>Capacidades de autocuidado e habilidades de manutenção do lar</i>
00098 Manutenção do lar prejudicada 00108 Déficit no autocuidado para banho 00109 Déficit no autocuidado para vestir-se 00102 Déficit no autocuidado para alimentação 00110 Déficit no autocuidado para higiene íntima 00182 Disposição para melhora do autocuidado 00193 Autonegligência
Classe: Promoção da Saúde <i>Conhecimentos e habilidades de manutenção da saúde</i>
00099 Manutenção ineficaz da saúde 00078 Controle ineficaz da saúde 00162 Disposição para controle da saúde melhorado 00230 Síndrome do idoso frágil 00231 Risco de síndrome do idoso frágil 00043 Proteção ineficaz 00188 Comportamento de saúde propenso a risco 00126 Conhecimento deficiente 00161 Disposição para conhecimento aumentado
DOMÍNIO SEGURANÇA <i>Características de comportamentos de risco, riscos à saúde e perigos do meio ambiente, essenciais à saúde humana.</i>
Classe: Autolesão <i>Comportamento de risco autodirecionado e comportamento suicida</i>
00151 Automutilação 00139 Risco de automutilação 00140 Risco de violência direcionada a si mesmo 00150 Risco de violência direcionada a outros
Classe: Violência <i>Comportamento de risco e comportamento violento direcionado ao outro</i>
00138 Risco de violência direcionada a outros
Classe: Risco à Saúde <i>Riscos à saúde associados a processos de cuidado de saúde e a processos sociais</i>

00039 Risco de aspersão 00206 Risco de sangramento 00040 Risco de síndrome do desuso 00155 Risco de quedas 00004 Risco de infecção 00035 Risco de lesão 00087 Risco de lesão por posicionamento perioperatório 00205 Risco de choque 00156 Risco de síndrome da morte súbita do lactente 00036 Risco de sufocação 00100 Recuperação cirúrgica retardada 00246 Risco de recuperação cirúrgica retardada 00103 Deglutição prejudicada 00038 Risco de trauma
Classe: Riscos do Meio <i>Impactos na saúde da economia, padrão de habitação e ambiente de trabalho</i>
00181 Contaminação 00180 Risco de contaminação 00037 Risco de envenenamento
DOMÍNIO FAMÍLIA <i>Processos reprodutivos e familiares e papéis familiares essenciais à saúde humana.</i>
Classe: Reprodução <i>Processos biofísicos e psicológicos envolvidos na fertilidade e na concepção, e fases de parto e pós-parto</i>
00221 Processo de criação de filhos ineficaz 00208 Disposição para processo de criação de filhos melhorado 00227 Risco de processo de criação de filhos ineficaz 00209 Risco de binômio mãe/feto perturbado
Classe: Papéis do Cuidador <i>Funções de oferecer cuidados e de cuidador</i>
00058 Risco de vínculo prejudicado 00061 Tensão do papel de cuidador 00062 Risco de tensão do papel de cuidador 00064 Conflito no desempenho do papel de pai/mãe 00056 Paternidade ou maternidade prejudicada 00057 Risco de paternidade ou maternidade prejudicada 00164 Disposição para paternidade ou maternidade melhorada
Classe: Unidade Familiar <i>Enfrentamento, funcionamento e integridade familiar</i>
00074 Enfrentamento familiar comprometido 00073 Enfrentamento familiar incapacitado 00075 Disposição para enfrentamento familiar melhorado 00080 Controle familiar da saúde ineficaz 00063 Processos familiares disfuncionais 00060 Processos familiares interrompidos 00159 Disposição para processos familiares melhorados
DOMÍNIO AMBIENTE <i>Sistema de saúde e processos de atendimento de saúde essenciais à saúde humana.</i>
Classe: Saúde da Comunidade <i>Necessidades de saúde da comunidade, populações de risco e programas de atendimento de saúde</i>

00215 Controle deficiente da saúde da comunidade
00077 Enfrentamento comunitário ineficaz
00076 Disposição para enfrentamento comunitário melhorado
Classe: Sistema de Atendimento à Saúde
<i>Sistema de atendimento de saúde, legislação de saúde, tratamento hospitalar e processos de cuidado</i>
Nenhum diagnóstico até o momento

Referências

- Abbot, A. (1988) *The Systems of Professions*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Quammen, D. (2007) A passion for order. *National Geographic Magazine*. <http://ngm.nationalgeographic.com/print/2007/06/linnaeus-name-giver/david-quammen-text>, retrieved November 1, 2013.
- Von Krogh, G. (2011) Taxonomy III Proposal. *NANDA International Latin American Symposium*. Sao Paulo, Brazil. May 2011.

Capítulo 4

Taxonomia II da NANDA-I: especificações e definições

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Estrutura da Taxonomia II

Define-se taxonomia como o “ramo da ciência voltado à classificação, especialmente, de organismos; à sistemática; a classificação de algo, em especial, organismos; um esquema de classificação” (Oxford Dictionary, 2013). Em uma taxonomia, os domínios são “uma esfera de conhecimento, influência ou indagação”, e as classes são “um grupo, conjunto ou tipo que partilha atributos comuns” (Merriam-Webster, Inc., 2009).

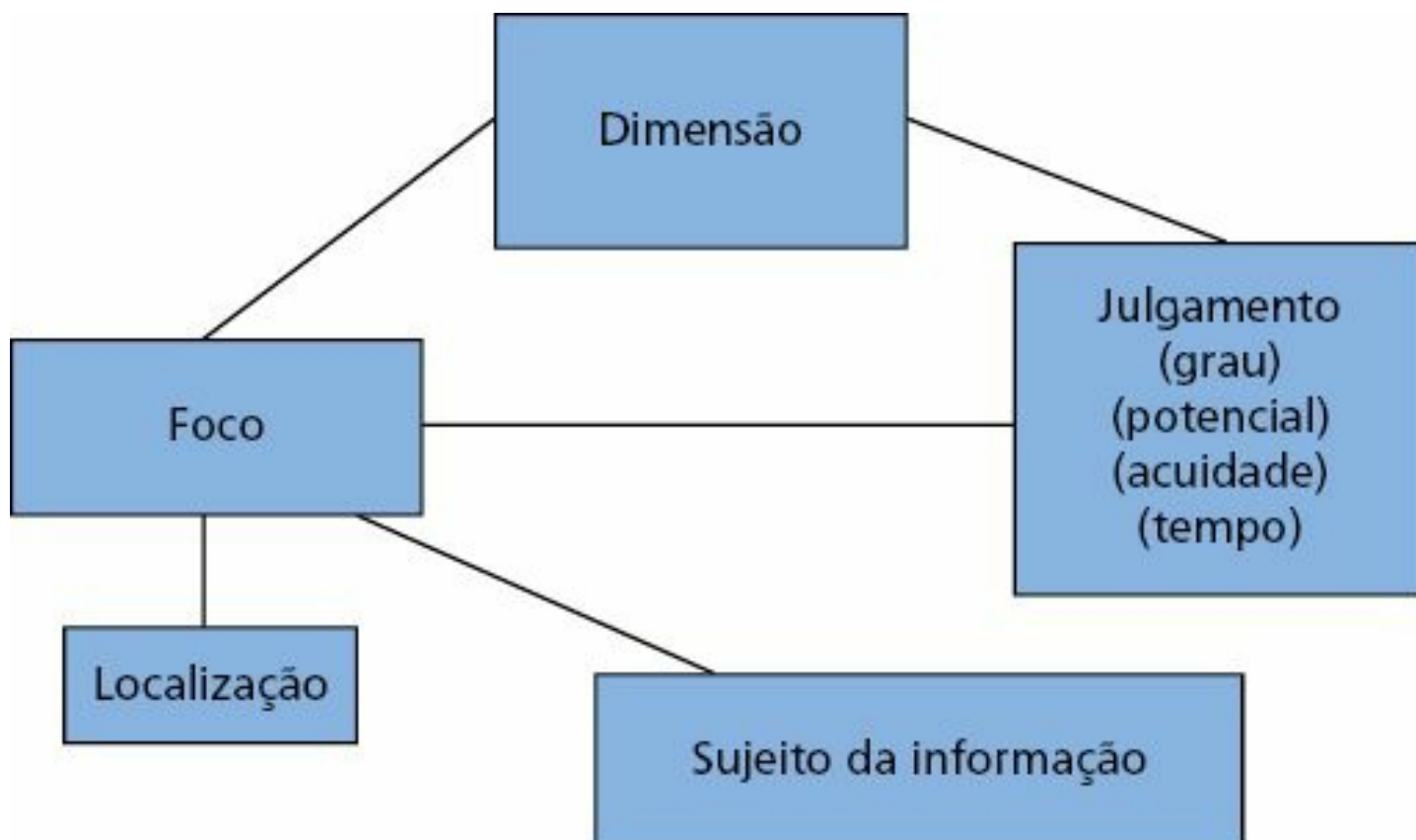
Podemos adaptar a definição para uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem; de forma específica, preocupamo-nos com a classificação ordenada dos focos diagnósticos que interessam à enfermagem, de acordo com suas supostas relações naturais. A Taxonomia II tem três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. A Figura 3.3 mostra a organização dos domínios e das classes na Taxonomia II; a Tabela 3.1 mostra a Taxonomia II, com 13 domínios, 47 classes e 234 diagnósticos no momento.

A estrutura codificada da Taxonomia II é um todo com 32 registros (ou, se a base de dados do usuário utiliza outra notação, a estrutura codificada tem códigos com cinco dígitos). Essa estrutura traz estabilidade, possibilita o crescimento e o desenvolvimento da estrutura de classificação, evitando a necessidade de mudança nos códigos, quando há adição de novos diagnósticos, aperfeiçoamentos e revisões. Códigos retirados jamais são reutilizados.

A Taxonomia II possui uma estrutura de codificação que atende às recomendações da *National Library of Medicine* (NLM) no que diz respeito aos códigos de termos de cuidados de saúde. A NLM recomenda que os códigos não contenham informações sobre o conceito classificado, como ocorreu com a estrutura de códigos da taxonomia I, que incluía informações sobre a localização e o nível do diagnóstico.

A Taxonomia II da NANDA-I é uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende aos critérios estabelecidos pelo *Committee for Nursing Practice Information Infrastructure of the American Nurses Association* (ANA) (Lundberg, Warren, Brokel et al. 2008). O benefício de uma linguagem de enfermagem reconhecida indica que o sistema de classificação é aceito como uma prática de apoio à enfermagem, porque proporciona terminologia de utilidade clínica. Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I também estão em conformidade com o modelo de terminologia da International Standards Organization (isso) para um diagnóstico de enfermagem (Figura 4.1). A terminologia também está registrada no *Health Level Seven International* (www.HL7.org), um padrão informatizado de cuidados de saúde, como uma terminologia a ser usada para identificar os diagnósticos de enfermagem em mensagens eletrônicas entre sistemas de informação clínica.

Figura 4.1 O modelo de referência de terminologia ISO para um diagnóstico de enfermagem.

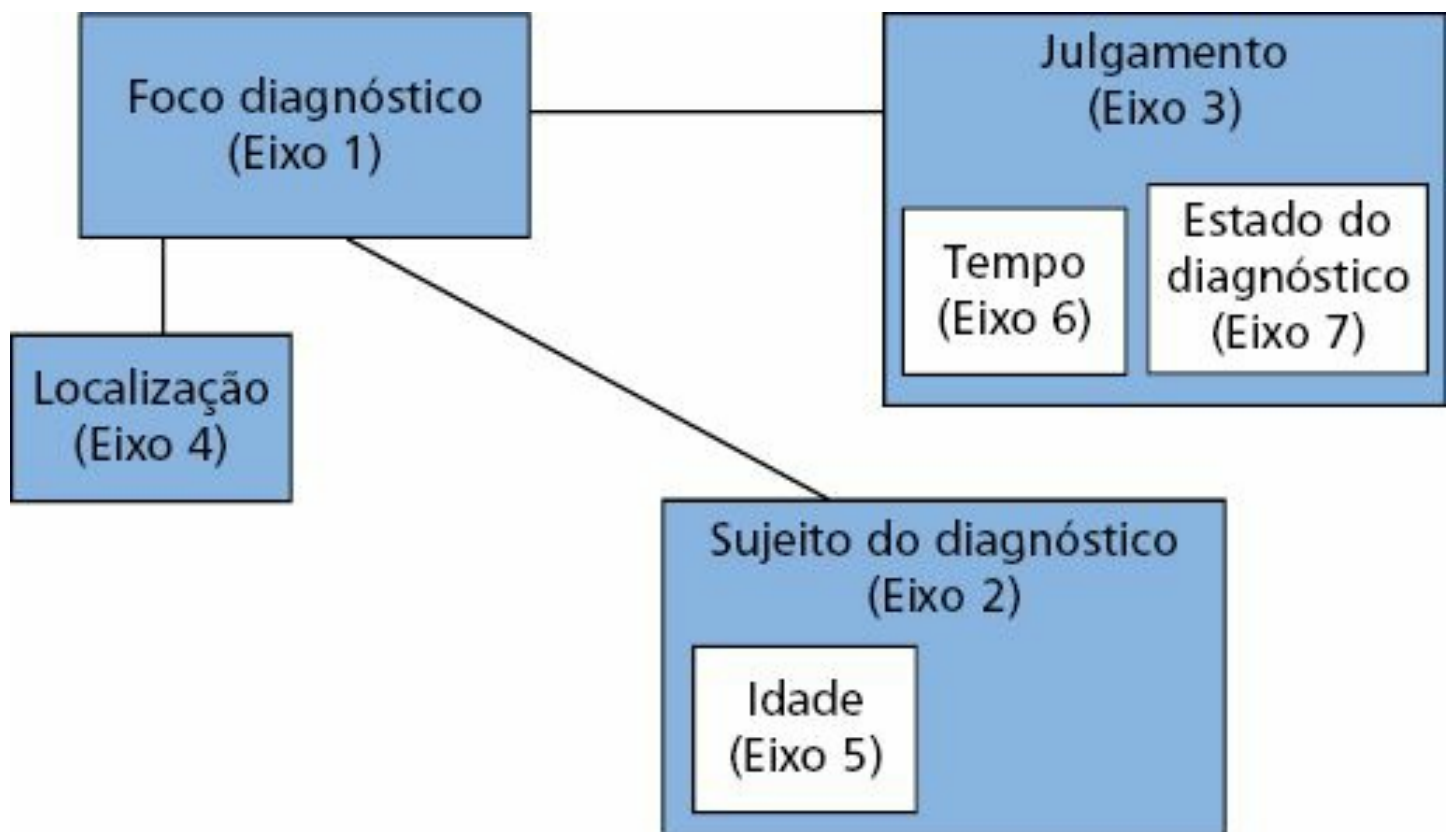


Um sistema multiaxial de construção de conceitos diagnósticos

Os diagnósticos da NANDA-I são construídos por meio de um sistema multiaxial. É um sistema que consiste em eixos, nos quais os componentes são combinados para tornar os diagnósticos, substancialmente, iguais na forma, coerentes com o modelo ISO.

Um eixo, na Taxonomia II da NANDA-I, é definido, de forma operacional, como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Há sete eixos. O *modelo da NANDA-I para um diagnóstico de enfermagem* mostra esses eixos e suas relações mútuas (Figura 4.2).

Figura 4.2 Modelo da NANDA-I para um diagnóstico de enfermagem.



- Eixo 1: o foco do diagnóstico
- Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade, etc.)
- Eixo 3: julgamento (prejudicado, ineficaz, etc.)
- Eixo 4: localização (vesical, auditivo, cerebral, etc.)
- Eixo 5: idade (lactente, criança, adulto, etc.)
- Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente, etc.)
- Eixo 7: situação do diagnóstico (voltado a um problema, de risco, de promoção da saúde)

Os eixos estão representados nos títulos dos diagnósticos de enfermagem por meio de seus valores. Em alguns casos, recebem nomes explícitos, por exemplo, *Enfrentamento comunitário ineficaz* e *Enfrentamento familiar comprometido*, em que o sujeito do diagnóstico (no primeiro caso, “comunidade”; no segundo, “família”) é citado, usando-se dois valores, “comunidade” e “família”, retirados do Eixo 2 (sujeito do diagnóstico). “Ineficaz” e “comprometido” são dois valores contidos no Eixo 3 (julgamento).

Em certos casos, o eixo está implícito, como em *Intolerância à atividade*, em que o sujeito do diagnóstico (Eixo 2) é sempre o paciente. Em outros casos, um eixo pode não ser pertinente a determinado diagnóstico, não participando, então, do título. Por exemplo, o eixo tempo pode não ser relevante a todos os diagnósticos. No caso de diagnósticos sem identificação explícita do sujeito, pode ser útil lembrar que a NANDA-I define “paciente” como “indivíduo, família, grupo ou comunidade”.

O Eixo 1 (o foco do diagnóstico) e o Eixo 3 (julgamento) são componentes essenciais de um diagnóstico de enfermagem. Em determinados casos, entretanto, o foco contém o julgamento (p. ex., *Náusea*); nesses casos, o julgamento não está separado, de forma

explícita, no título do diagnóstico. O Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) também é fundamental, embora, como descrito anteriormente, possa estar implícito e, assim, não ser parte do título. O *Diagnosis Development Committee (DDC)* exige esses eixos no envio para análise do diagnóstico; os demais podem ser usados sempre que relevantes para a clareza.

Definições dos eixos

Eixo 1: O foco do diagnóstico

O foco do diagnóstico é o elemento principal, ou a parte fundamental e essencial, a raiz do conceito diagnóstico. Descreve a “resposta humana”, que é o elemento central do diagnóstico.

O foco do diagnóstico pode consistir em um ou mais substantivos. Quando usado mais de um (p. ex., *Intolerância à atividade*), há contribuição de cada um para o sentido único ao foco do diagnóstico, como se os dois fossem um só substantivo. O sentido do termo combinado, no entanto, é diferente de cada um, quando tomados em separado. Com frequência, um adjetivo (p. ex., *espiritual*) pode ser usado com um substantivo (p. ex., *sofrimento*) para denotar o foco do diagnóstico *Sofrimento espiritual*.

Há casos em que o foco do diagnóstico e o conceito diagnóstico são um só item, como em *Náusea* (00134). Isso se dá quando o diagnóstico de enfermagem é enunciado em seu nível mais útil, do ponto de vista clínico, e a separação do foco nada acrescenta ao nível significativo de abstração. Pode ser muito difícil determinar, com exatidão, o que deve ser entendido como o foco do diagnóstico. Por exemplo, o uso dos diagnósticos *Incontinência intestinal* (00014) e *Incontinência urinária de esforço* (00017) levanta a dúvida: o foco do diagnóstico é apenas *incontinência*, ou são dois focos – *incontinência intestinal* e *incontinência urinária*? Nesse caso, *incontinência* é o foco, e os termos de localização (Eixo 4) *intestinal* e *urinária* dão mais clareza quanto ao foco. *Incontinência*, porém, em si e por si só, é um termo de julgamento, capaz de ser usado sozinho; torna-se, assim, o foco do diagnóstico, independentemente do local.

Há situações em que a retirada da localização (Eixo 4) do foco do diagnóstico evitaria que o diagnóstico fizesse sentido à prática da enfermagem. Por exemplo, se observarmos o foco do diagnóstico *Risco de temperatura corporal desequilibrada* (00005), o foco do diagnóstico é a *temperatura corporal*, ou, simplesmente, *a temperatura*? Analisando o diagnóstico *Distúrbios da identidade pessoal* (00121), o foco do diagnóstico é a *identidade* ou *a identidade pessoal*? Decidir o que constitui a essência do foco do diagnóstico baseia-se naquilo que ajuda a identificar a implicação à prática da enfermagem e se o termo indica ou não uma resposta humana. *Temperatura* pode querer dizer temperatura ambiental, que não é uma resposta humana – daí a importância de identificar *temperatura corporal* como o conceito do diagnóstico. Da mesma forma, *identidade* pode ser apenas gênero, cor dos olhos, altura ou idade – mais uma vez, essas são características, mas não são respostas humanas; *identidade pessoal*, no entanto, indica a autopercepção que alguém possui e é uma resposta humana. Em alguns casos, o foco pode parecer similar; na verdade, porém, é bastante diferente: *violência direcionada aos*

outros e violência direcionada a si mesmo são duas respostas humanas diferentes, tendo que ser identificadas em separado, em termos de focos diagnósticos na Taxonomia II. Os focos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I são parte da Tabela 4.1.

Tabela 4.1 Domínios, classes e diagnósticos de enfermagem na Taxonomia II da NANDA-I

Adesão
Amamentação
Ansiedade
Ansiedade relacionada à morte
Aspiração
Atividade de recreação
Autoconceito
Autocuidado
Autocuidado para alimentação
Autocuidado para banho
Autocuidado para higiene íntima
Autocuidado para vestir-se
Autoestima
Automutilação
Autonegligência

Bem-estar espiritual
Binômio mãe-feto

Capacidade adaptativa
Capacidade de transferência
Choque
Comportamento de saúde
Comportamento desorganizado
Comportamento organizado
Comunicação
Comunicação verbal
Conflito de decisão
Conflito de papel
Conforto
Confusão
Conhecimento
Constipação
Contaminação
Controle da saúde
Controle de impulsos
Controle emocional
Crescimento

Deambulação
Débito cardíaco
Deglutição
Dentição
Desempenho de papel
Desenvolvimento
Desobstrução de vias aéreas
Diarreia
Dignidade humana
Disfunção
Disfunção sexual
Disreflexia autonômica
Dor

Eliminação

Enfrentamento
Envenenamento
Equilíbrio de líquidos
Equilíbrio eletrolítico
Esperança
Estilo de vida
Estresse

Fadiga
Função cardiovascular
Função hepática

Glicemia

Hipertermia
Hipotermia

Icterícia
Identidade pessoal
Imagem corporal
Incontinência
Infecção
Insônia
Integridade da pele
Integridade tissular
Interação social
Isolamento social

Leite materno
Lesão
Lesão por posicionamento
Lesão térmica
Levantar-se

Manutenção da saúde
Manutenção do lar
Medo
Memória
Mobilidade
Motilidade gastrointestinal
Mucosa

Náusea
Negação
Negligência unilateral
Nutrição

Obesidade
Olho seco

Padrão de alimentação
Padrão de sexualidade
Padrão de sono
Padrão respiratório
Paternidade ou maternidade
Perambulação
Perfusão gastrointestinal
Perfusão renal
Perfusão tissular
Pesar
Planejamento de atividade
Poder
Processo de criação de filhos
Processos familiares

Proteção

Quedas

Reação a meio de contraste com iodo
Recuperação cirúrgica
Regulação do humor
Relacionamento
Religiosidade
Resiliência
Resposta alérgica
Resposta alérgica ao látex
Resposta ao desmame ventilatório
Retenção urinária

Sangramento

Saúde
Sentar-se
Síndrome da morte súbita do lactente
Síndrome de dor
Síndrome do desuso
Síndrome do estresse por mudança
Síndrome do idoso frágil
Síndrome do trauma de estupro
Síndrome pós-trauma
Sobrepeso
Sofrimento espiritual
Sofrimento moral
Solidão
Sono
Sufocação
Suicídio

Temperatura corporal
Tensão do papel
Termorregulação
Tolerância à atividade
Tomada de decisão
Tomada de decisão emancipada
Trauma
Tristeza
Troca de gases

Úlcera por pressão

Ventilação espontânea
Vínculo
Violência direcionada a outros
Violência direcionada a si mesmo
Volume de líquidos

Eixo 2: Sujeito do diagnóstico

O sujeito do diagnóstico é definido como a(s) pessoa(s) para quem é determinado um diagnóstico de enfermagem. Os valores no Eixo 2 são indivíduo, cuidador, família, grupo e comunidade, representando a definição de “paciente” da NANDA-I.

- *Indivíduo*: um único ser humano, distinto de outros; uma pessoa.
- *Cuidador*: membro da família ou um ajudante que, regularmente, atende uma criança ou um doente, um idoso ou pessoa com deficiência.

- *Família*: duas ou mais pessoas que têm relações contínuas ou permanentes, que percebem obrigações recíprocas, têm sentidos comuns e compartilham determinadas obrigações com outras pessoas; com relações de sangue e/ou por opção.
- *Grupo*: conjunto de pessoas com características compartilhadas.
- *Comunidade*: grupo de pessoas que moram em um mesmo lugar, sob um mesmo governo. Os exemplos incluem bairros e cidades.

Quando o sujeito do diagnóstico não é enunciado com clareza, passa a ser o indivíduo, automaticamente. No entanto, é bastante adequado levar em conta esses diagnósticos em relação aos demais sujeitos do diagnóstico também. O diagnóstico *Pesar* pode ser aplicado a um indivíduo ou uma família que perdeu um ente querido. Pode, ainda, ser adequado a uma comunidade que passou por um grande desastre ou a perda de um líder importante, uma devastação causada por desastres naturais, ou mesmo a perda de uma estrutura simbólica na comunidade (escola, estrutura religiosa, prédio histórico, etc.).

Eixo 3: Julgamento

Julgamento é um descritor/modificador que limita ou especifica o sentido do foco do diagnóstico. Este, junto ao julgamento do enfermeiro a seu respeito, compõe o diagnóstico. Todas as definições usadas encontram-se no Oxford Dictionary On-Line (2013). Os valores no Eixo 3 estão na Tabela 4.2.

Tabela 4.2 Definições de termos de julgamento para o Eixo 3, Taxonomia da NANDA-I, adaptadas do Oxford Dictionary On-Line (2013).

<i>Julgamento</i>	<i>Definição</i>
Complicado	Consiste de muitas partes ou elementos interconectados; envolve muitos aspectos diferentes e confusos
Comprometido	Vulnerável, ou funciona com menor efetividade
Diminuído	Menor em tamanho, quantidade quanto a tamanho, quantidade, intensidade ou grau
Defensivo	Usado para defender ou proteger, ou com essa intenção
Deficiente/déficit	Não tem o suficiente de uma qualidade ou ingrediente específico; uma deficiência ou fracasso, em especial, numa função neurológica ou psicológica
Atrasado	Período de tempo em que algo está atrasado, lento ou adiado
Incapacitado	Limitado em movimentos, sentidos ou atividades
Desorganizado	Não arrumado ou controlado de forma adequada; disperso ou ineficiente
Desproporcional	Grande ou pequeno demais em comparação com outra coisa (norma)
Perturbado	Que teve seu padrão ou função normal interrompida
Disfuncional	Que não funciona normal ou adequadamente; que desvia das normas de comportamento social de uma maneira entendida como ruim
Emancipado	Livre de restrições legais, sociais ou políticas; liberado
Eficaz	Que tem êxito na produção de um resultado desejado ou intencionalmente buscado
Melhorado	Qualidade, valor ou alcance de algo intensificado, aumentado ou mais aperfeiçoado
Excessivo	Quantidade de algo que está além do necessário, permitido ou desejável
Falha	Ação ou estado de não funcionar
Frágil	Fraco e delicado
Funcional	Que afeta mais o funcionamento do que a estrutura de um órgão
Desequilibrado	Falta de proporção ou relação entre coisas correspondentes
Prejudicado	Enfraquecido ou danificado (alguma coisa em especial, faculdade ou função)
Ineficaz	Que não produz qualquer efeito significativo ou desejado

Insuficiente	Não suficiente, inadequado; incapaz, incompetente
Interrompido	Pausa na evolução contínua de alguma coisa (atividade ou processo); romper a continuidade de alguma coisa
Lábil	De emoções que surgem facilmente, ou caracterizado por isso, expressas livremente, com tendência a alterar-se rápida e espontaneamente
Baixo	Abaixo da média em quantidade, alcance ou intensidade; pequeno
Organizado	Arrumado ou controlado de forma adequada; eficiente
Percebido	Que deu-se conta de (algo) por meio do uso de um dos sentidos, em especial, o da visão; interpretado ou entendido (alguém ou alguma coisa) de determinada forma; visto como; que tomou consciência ou percepção de (alguma coisa); compreendido
Disposição	Desejo de fazer alguma coisa; condição de estar totalmente preparado para algo
Risco	Situação que envolve exposição a perigo; possibilidade ou vulnerabilidade de que venha a acontecer algo desagradável ou não desejado
Propenso a risco	Com possibilidade ou suscetível de sofrer por, fazer ou vivenciar alguma coisa, comumente algo de que se arrependerá, ou não é desejado/perigoso
Instável	Propenso a mudança, fracasso ou desistência; não estável

Eixo 4: Localização

A localização descreve as partes/regiões do corpo e/ou as funções relacionadas – todos os tecidos, órgãos, locais anatômicos ou estruturas. Os valores no Eixo 4 estão na Tabela 4.3.

Tabela 4.3 Localizações no Eixo 4, Taxonomia II da NANDA-I

Leito	Cerebral	Neurovascular	Trato urinário
Bexiga	Corneal	Periférico	Vascular
Intestino	Gastrointestinal	Renal	Cadeira de rodas
Cardíaco	Intracraniano	Urinário	

Eixo 5: Idade

Refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico (Eixo 2). Os valores no Eixo 5 estão apresentados a seguir, com todas as definições, *exceto* para o adulto idoso, retirada da Organização Mundial da Saúde (2013):

- **Feto:** humano não nascido com mais de oito semanas após a concepção até o nascimento
- **Neonato:** criança < 28 dias
- **Lactente:** criança \geq 28 dias e < 1 ano
- **Criança:** pessoa com 1 a 9 anos
- **Adolescente:** pessoa com 10 a 19 anos
- **Adulto:** pessoa com mais de 19 anos, a não ser que alguma lei nacional defina a pessoa sendo adulta mais cedo
- **Idoso:** pessoa \geq 65 anos

Eixo 6: Tempo

O tempo descreve a duração do conceito diagnóstico (Eixo 1). Os valores no Eixo 6 incluem:

- *Agudo*: duração < 6 meses
- *Crônico*: duração > 6 meses
- *Contínuo*: sem interrupção; que se mantém sem parar
- *Intermitente*: que ocorre interrompe ou começa novamente, a intervalos; periódico; cíclico
- *Perioperatório*: que acontece ou é realizado numa cirurgia ou perto de uma
- *Situacional*: relativo a um conjunto de circunstâncias em que alguém encontra a si mesmo

Eixo 7: Situação do diagnóstico

Refere-se à realidade ou à potencialidade do problema/síndrome, ou à categoria do diagnóstico como um diagnóstico de promoção da saúde. Os valores no Eixo 7 incluem:

- *Com foco no problema*: resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida que existem no momento atual (inclui diagnósticos de síndrome com foco no problema).
- *Promoção da saúde*: motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana existente no momento (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006).
- *Risco*: vulnerabilidade para desenvolver no futuro uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos de vida (inclui diagnósticos de risco de síndrome).

Desenvolvimento e submissão de um diagnóstico de enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem é construído por meio de combinação de valores dos eixos 1 (o foco do diagnóstico), 2 (sujeito do diagnóstico) e (julgamento), quando necessário, com acréscimo de valores dos demais eixos para clareza relevante. Assim, começa-se pelo foco do diagnóstico (Eixo 1) e adiciona-se o julgamento a respeito (Eixo 3). É preciso lembrar que esses dois eixos são, algumas vezes, combinados em um único conceito diagnóstico, como em *Fadiga (00093)*. Em seguida, especifica-se o sujeito do diagnóstico (Eixo 2). Se for um “indivíduo”, não há necessidade de explicitá-lo (Figura 4.3). Podem ser usados, depois, os demais eixos, quando apropriados, adicionando detalhes. As Figuras 4.4 e 4.5 apresentam outros exemplos, utilizando um diagnóstico de risco e de promoção da saúde, respectivamente.

Figura 4.3 Modelo de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: (individual) Levantar-se prejudicado.

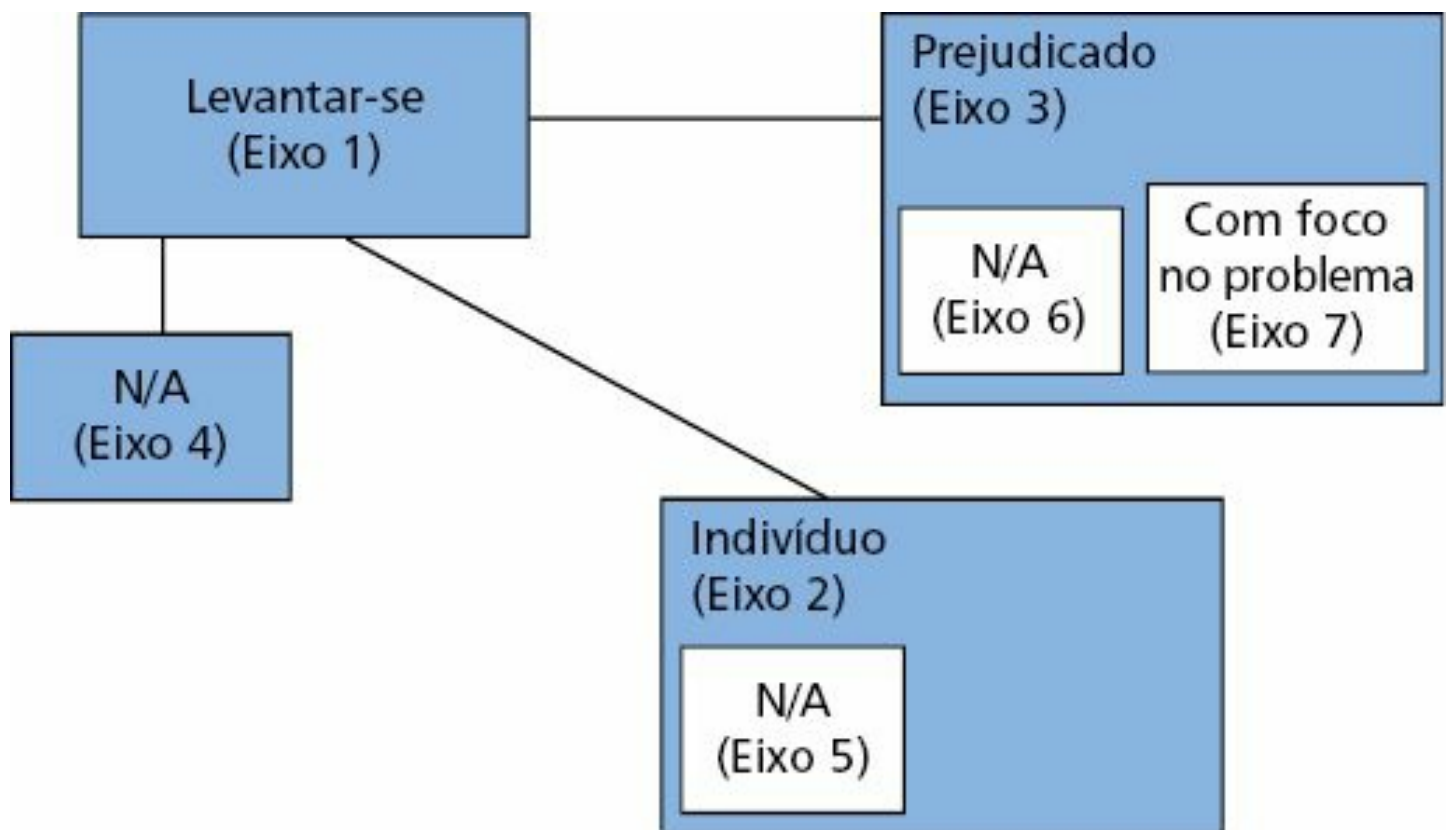


Figura 4.4 Modelo de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: Risco de comportamento desorganizado do lactente.

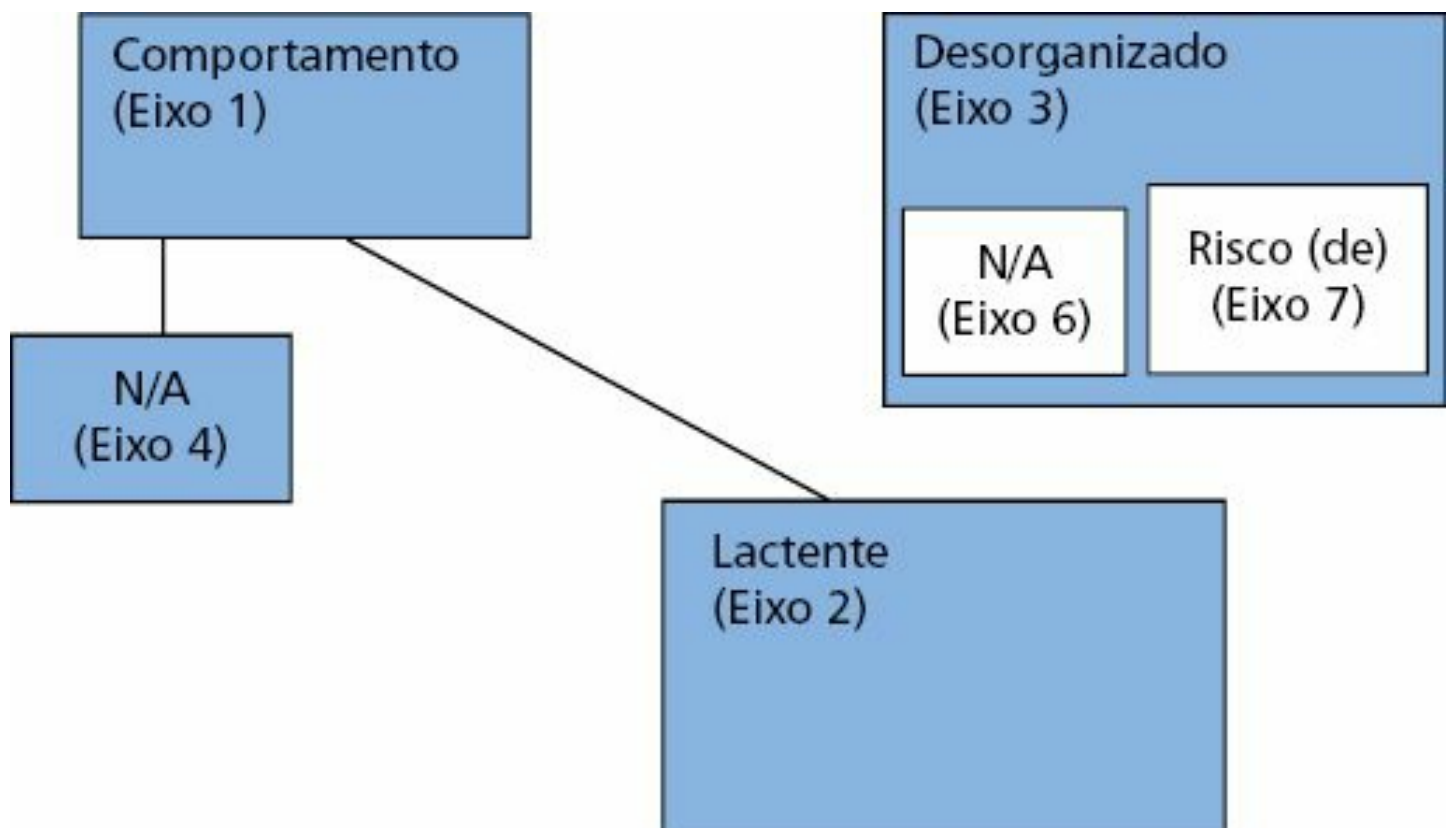
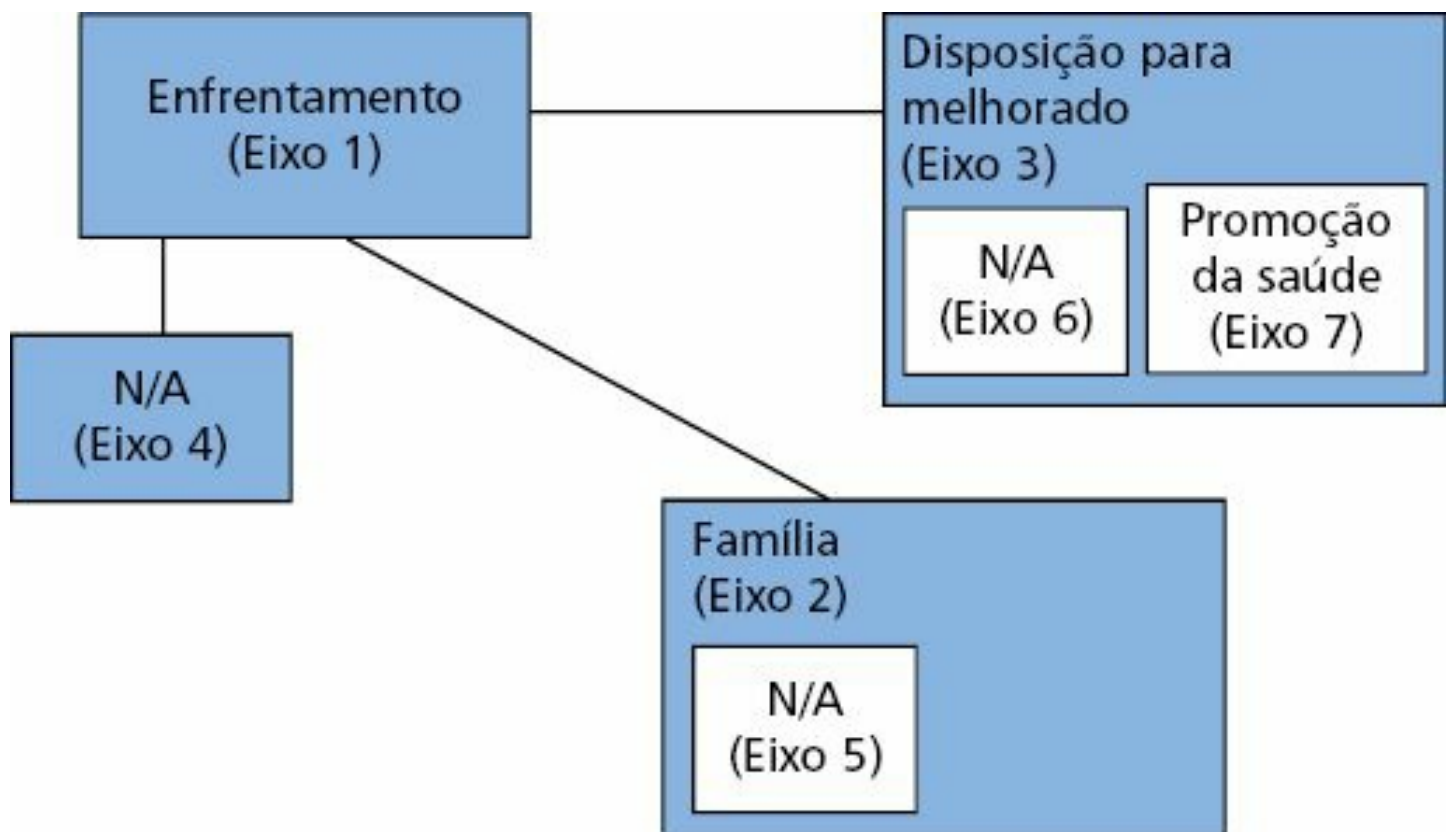


Figura 4.5 Modelo de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: Disposição para enfrentamento familiar melhorado.



A NANDA-I não apoia a **construção aleatória** de diagnósticos de enfermagem que ocorre, simplesmente, combinando-se termos de um eixo com os de outro, criando um título diagnóstico para representar julgamentos baseados na coleta de dados do paciente. Problemas clínicos/áreas de focos de enfermagem identificados e que não têm um título diagnóstico devem ser descritos com cuidado na documentação, garantindo a exatidão interpretativa do julgamento clínico de outros enfermeiros/profissionais da saúde.

A criação de um diagnóstico a ser usado na prática clínica e/ou documentação, combinando-se termos de eixos diferentes, sem o desenvolvimento da definição e outras partes componentes de um diagnóstico (características definidoras, fatores relacionados ou de risco), de modo baseado em evidências, nega a finalidade de uma linguagem padronizada como um método de, realmente, representar, informar e dirigir o julgamento e a prática clínica.

Trata-se de uma preocupação grave com a segurança do paciente, uma vez que a falta de conhecimentos inerentes às partes que compõem um diagnóstico impossibilita a garantia de exatidão diagnóstica. Termos de enfermagem criados arbitrariamente no local do atendimento podem resultar em interpretação errada do problema clínico/área do foco e, assim, gerar estabelecimento de resultados e escolha das intervenções inadequados. Impossibilita ainda a pesquisa precisa da incidência de diagnósticos de enfermagem, a realização de estudos de resultados ou intervenções relativos aos diagnósticos, já que, sem partes componentes claras do diagnóstico (definições, características definidoras, fatores relacionados ou de risco), é impossível saber se a resposta humana que recebe o mesmo título representa, realmente, os mesmos fenômenos.

Assim, na discussão da construção de diagnósticos de enfermagem neste capítulo, quer-

se informar os enfermeiros sobre como são elaborados os diagnósticos e esclarecer às pessoas que os estão elaborando para envio à Taxonomia da NANDA-I para análise. *Não deve* ser interpretado como sugestão de que a NANDA-I apoia a criação de diagnósticos por enfermeiros no local do atendimento do paciente.

Demais desenvolvimentos da taxonomia da NANDA-I

Uma taxonomia e uma estrutura multiaxial de desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem possibilitam aos profissionais a identificação de onde a disciplina de enfermagem carece de diagnósticos, oportunizando ainda a elaboração de novos diagnósticos clinicamente úteis. Se você elaborar um útil à sua prática, por favor, envie-o à NANDA-I, para que outros possam usufruir da descoberta. Formulários e informações para envio podem ser encontrados no *site* www.nanda.org. O DDC terá satisfação em ajudá-lo a preparar o envio.

Referências

- Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Johnson, M., Maas, M., Martin, K., Moorhead, S., Spisla, C., Swanson, E., & S. Giarrizzo-Wilson (2008). Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online Journal of Nursing Informatics*, 12(2). Available at http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf
- Merriam-Webster, Inc. (2009). *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* (11th ed.) Springfield, MA: Merriam-Webster, Inc. Oxford Dictionary On-Line, British and World Version. (2013). Oxford University Press. Available at otec.uoregon.edu/data-wisdom.htm
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- World Health Organization (2013). Health topics: Infant, newborn. Available at: http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/
- World Health Organization (2013). Definition of key terms. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

Leituras recomendadas

- Matos, F. G. O. A., & Cruz, D. A. L. M. (2009). Development of an instrument to evaluate diagnosis accuracy. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 43(Spe): 1087–1095.
- Paans, W., Nieweg, R. M. B, Van der Schans, C. P, & Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2386–2403.

Capítulo 5

Perguntas feitas com frequência

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI e Shigemi Kamitsuru, RN, PhD, FNI

Rotineiramente, após viagens a conferências, os membros da Diretoria da NANDA-I ou o Diretor Executivo/CEO da NANDA-I recebem perguntas via *site* e *e-mail*. Decidimos apresentar algumas das perguntas mais comuns, com as respectivas respostas, na esperança de ajudar outras pessoas que possam ter as mesmas indagações.

Perguntas básicas sobre linguagens padronizadas de enfermagem

O que é uma linguagem padronizada de enfermagem?

Uma linguagem padronizada de enfermagem (*standardized nursing language* [SNL]) é um conjunto de termos comumente compreendidos, usados para descrever os julgamentos clínicos envolvidos em levantamentos de dados (diagnósticos de enfermagem), além de intervenções e resultados relativos à documentação dos cuidados de enfermagem.

Quantas linguagens de enfermagem existem?

A American Nurses Association admite 12 SNLs para a enfermagem.

Quais são as diferenças entre as linguagens de enfermagem padronizadas?

Muitas linguagens de enfermagem alegam ser padronizadas; algumas são apenas uma lista de termos, outras trazem definições desses termos. A NANDA-I defende que uma linguagem padronizada representando qualquer profissão deve oferecer, no mínimo, uma definição baseada em evidências e uma lista de características definidoras (sinais/sintomas) e fatores relacionados (fatores etiológicos). Diagnósticos de risco devem incluir uma definição baseada em evidências e uma lista de fatores de risco. Sem isso, qualquer um pode definir qualquer termo à sua maneira, o que, evidentemente, viola a finalidade da padronização.

Percebo que muitas pessoas usam termos como “selecionar um diagnóstico”, “escolher um diagnóstico”, “pegar um diagnóstico”, o que soa como se houvesse uma maneira fácil de saber que diagnóstico usar. É isso mesmo?

Quando falamos em diagnosticar, não estamos, na realidade, falando sobre algo tão simples quanto pegar um termo de uma lista ou escolher algo que “pareça certo” para o paciente. Estamos falando sobre o processo de tomada de decisão diagnóstica, momento em que os enfermeiros diagnosticam. Assim, em lugar de usar esses termos simples (selecionar, escolher, pegar), deveríamos realmente descrever o processo de diagnosticar. Mais do que dizer “escolher um diagnóstico”, deveríamos dizer “diagnosticar o paciente/a família”; mais do que dizer “pegar um diagnóstico,” poderíamos usar “assegurar a exatidão em seu diagnóstico”, ou, novamente, de modo simples, “diagnosticar o paciente/a família”. As palavras têm poder. Quando dizemos coisas como “escolher”, “pegar” ou

“selecionar”, isso *realmente* soa como algo simples, como ler uma lista de termos e pegar um deles. O uso do raciocínio diagnóstico, entretanto, é muito mais que isso – e *diagnosticar* é o que fazemos, algo bem mais distante do que tão somente “pegar” alguma coisa.

Perguntas básicas sobre a NANDA-I

O que é a NANDA International?

Implementar diagnósticos de enfermagem incrementa qualquer aspecto da prática da enfermagem, desde conquistar respeito profissional até garantir documentação consistente que represente o julgamento clínico profissional dos enfermeiros e a documentação correta para possibilitar o reembolso. A NANDA-I existe para desenvolver, aperfeiçoar e promover terminologia que reflita, com precisão, julgamentos clínicos de enfermeiros.

O que é taxonomia?

Taxonomia é a prática e a ciência da categorização e classificação. A taxonomia da NANDA-I apresenta 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados (classificados) em 13 domínios (categorias) da prática da enfermagem: Promoção da Saúde, Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade/Repouso, Percepção/Cognição, Autopercepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Princípios da Vida, Proteção/Segurança, Conforto, Crescimento/Desenvolvimento.

Por que a NANDA-I cobra uma taxa para acesso a seus diagnósticos de enfermagem?

Em qualquer área, o desenvolvimento e a manutenção de um corpo de trabalho baseado em pesquisas exige um investimento de tempo e especialização, e a disseminação desse trabalho constitui uma despesa a mais. Como uma organização de voluntários, patrocinamos reuniões de comitês que revisam, analiticamente, os diagnósticos enviados para análise, para termos certeza de que atendem ao nível dos critérios de evidências. Também oferecemos cursos educativos e ofertas em inglês, espanhol e português em razão da alta demanda para esse conteúdo. Temos membros em comitês de todo o mundo e realizamos videoconferências e reuniões ao vivo ocasionais que constituem despesas – da mesma forma que as conferências e os eventos educativos. Nossas taxas dão apoio a esse trabalho de forma equilibrada e são bastante modestas na comparação com as cobradas para uma licença de acesso aos diagnósticos médicos do ICD-10.

Se comprar um livro e datilografar os conteúdos em software, ainda assim tenho que pagar?

A NANDA International, Inc. depende dos fundos recebidos da venda de nossos livros e licença eletrônica para manter e melhorar o estado da ciência em nossa terminologia. A terminologia da NANDA-I tem direitos assegurados de *copyright*, assim, **parte alguma da publicação dos *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação* pode ser reproduzida, armazenada em sistema de recuperação ou transmitida por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro, sem permissão prévia do editor. O que inclui *blogs on-line*, páginas na Internet, etc.**

Isso vale independentemente da linguagem em que você pretende usar o trabalho. Para uso diferente da leitura ou consulta ao livro, é exigida uma licença da Blackwell Publishing Ltd. (uma empresa da John Wiley & Sons Inc.) ou do editor do livro aprovado em qualquer outro idioma. Os direitos de tradução oficial para nosso trabalho em outros idiomas que não o inglês podem ser encontrados em www.nanda.org/nanda-international-taxonomy-translation-licensees.html. O uso desse conteúdo exige que seja feita uma solicitação para permissão e o recebimento desta de parte do editor para a reprodução de nosso trabalho em qualquer formato. Mais informações estão disponíveis em www.nanda.org, ou você pode contatar Wiley-Blackwell em wiley@nanda.org, ou, ainda, visitar a página www.wiley.com/wiley-blackwell.

A estrutura da Taxonomia II deve ser usada como recurso de levantamento de dados de enfermagem?

A taxonomia pretende oferecer organização aos termos (diagnósticos) na NANDA-I. Jamais quis servir de estrutura para coleta de dados. Consulte, por favor, nossa Declaração de Posição sobre o uso da taxonomia da NANDA-I como estrutura para coleta de dados de enfermagem.

O que é o PES, como foi desenvolvido e quais suas origens? A NANDA-I exige o formato/esquema PES?

“PES” é acrônimo para **P**roblema, **E**tiologia (fatores relacionados) e **S**inais/Sintomas (características definidoras). O formato PES foi publicado, pela primeira vez, pela Dra. Marjory Gordon, uma das fundadoras e ex-presidente da NANDA-I. As partes que compõem os diagnósticos da NANDA-I são chamadas de *fatores relacionados* e *características definidoras*, sendo que a expressão “formato PES” não é utilizada nas edições atuais da NANDA-I. Ainda é empregado em vários países e muitas publicações. Formular diagnósticos precisos conta com a identificação e a documentação de fatores relacionados e características definidoras, e o formato PES dá suporte a isso, o que é essencial à acurácia nos diagnósticos de enfermagem, foco esse que a NANDA-I apoia com veemência.

A NANDA-I, porém, não exige esse formato ou qualquer outro específico para a documentação de diagnósticos de enfermagem. Estamos cientes da ampla variedade de sistemas eletrônicos de documentação em uso e seu desenvolvimento no mundo todo. Há tantas formas de providenciar documentação de enfermagem quantos forem os sistemas existentes. Muitos sistemas eletrônicos não permitem o uso do modelo “relacionado a... evidenciado por”. É importante, no entanto, que os enfermeiros possam comunicar os dados coletados que apoiam o diagnóstico feito, para que outros que cuidam do paciente saibam por que um diagnóstico foi selecionado. Por favor, consulte a Declaração de Posição da NANDA-I sobre a estrutura do enunciado dos diagnósticos de enfermagem, quando faz parte do plano de cuidados.

O formato PES ainda é um método sólido para ensino do raciocínio clínico e apoio a estudantes e enfermeiros que aprendem a habilidade de diagnosticar. Como os pacientes costumam ter mais de um fator relacionado e/ou característica definidora, muitos locais substituem a expressão “manifestado/evidenciado por” e “relacionado a” por uma lista de

características definidoras e fatores relacionados, após o enunciado do diagnóstico. Essa lista se baseia na situação de cada paciente e pode usar termos padronizados da NANDA-I. Códigos de informática estão disponíveis para todos os indicadores diagnósticos na terminologia da NANDA-I na Internet.

Independentemente das exigências para a documentação, é importante lembrar que, para um atendimento seguro ao paciente nas áreas clínicas, é essencial uma coleta/identificação ou pesquisa de características definidoras (manifestações do diagnóstico) e fatores relacionados (ou causas) dos diagnósticos de enfermagem. A escolha de intervenções eficientes baseia-se em fatores relacionados e características definidoras.

Como redijo o enunciado diagnóstico para diagnósticos de risco, com foco no problema e de promoção da saúde?

Os sistemas de documentação diferem conforme a organização; assim, em alguns casos, talvez você possa escrever (ou escolher numa lista de computador) o título diagnóstico que corresponda à resposta humana que você diagnosticou. Os dados coletados podem ser encontrados em seção diferente (ou “tela”) do sistema de informática, e você escolhe seus fatores relacionados e características definidoras, ou seus fatores de risco, naquele lugar. A seguir, são apresentados alguns exemplos de registro PES.

Diagnóstico com foco no problema

Para usar o formato PES, começar com o diagnóstico em si, seguido dos fatores etiológicos (fatores relacionados em um diagnóstico com foco no problema). Após, identificar os principais sinais/sintomas (características definidoras).

- ***Ansiedade relacionada a*** crises situacionais e estresse (fatores relacionados) ***evidenciado por*** inquietação, insônia, angústia e anorexia (características definidoras).

Diagnóstico de risco

Para diagnósticos de risco não há fatores relacionados (fatores etiológicos), uma vez que você está identificando uma *vulnerabilidade* em um paciente para um potencial problema; ele ainda não está presente. Especialistas de diferentes áreas recomendam o uso de expressões diferentes (alguns usam “relacionado a”, outros usam “evidenciado por” para diagnósticos de risco). Como a expressão “relacionado a” é usada para sugerir uma etiologia, no caso do diagnóstico com foco no problema, e pelo fato de haver apenas uma vulnerabilidade para um problema, quando usado um diagnóstico de risco, a NANDA-I decidiu recomendar o uso da expressão “evidenciado por” em referência à evidência do risco existente, quando usado o formato PES.

- ***Risco de infecção evidenciado por*** vacinação inadequada e imunossupressão (fatores de risco).

Diagnóstico de promoção da saúde

Pelo fato de os diagnósticos de promoção da saúde não exigirem um fator relacionado,

não há “relacionado a” na redação desses diagnósticos. Em seu lugar, são dadas as características definidoras como evidência do desejo do paciente de melhorar seu estado de saúde atual.

- *Disposição para autocuidado melhorado* **evidenciado por** desejo expresso de melhorar o autocuidado.

A NANDA-I oferece uma lista de seus diagnósticos?

Não existe um uso real para o simples oferecimento de uma lista de termos – isso acabaria com o propósito de uma linguagem padronizada de enfermagem (SNL). A não ser que seja conhecida a definição, as características definidoras, os fatores relacionados/de risco, o título por si só não tem sentido. Assim, não acreditamos que seja interessante à segurança do paciente a produção de listas simples de termos que possam ser mal compreendidos ou usados de forma inadequada num contexto clínico.

É fundamental termos a definição do diagnóstico e, mais importante, os indicadores diagnósticos (dados da coleta/história do paciente) necessários para a elaboração do diagnóstico; por exemplo, os sinais/sintomas identificados por meio da coleta de dados (“características definidoras”) e a causa do diagnóstico (“fatores relacionados”), ou itens que colocam o paciente em alto risco de um diagnóstico (“fatores de risco”). Ao coletar dados de um paciente, você conta com seu conhecimento clínico e “conhecimentos bibliográficos” para enxergar padrões nos dados, indicadores diagnósticos que se agrupam e que podem ter relação com um diagnóstico. As perguntas a serem feitas para a identificação e validação do diagnóstico correto incluem:

1. A maior parte das características definidoras/fatores de risco está presente no paciente?
2. Há fatores etiológicos evidentes (“fatores relacionados”) para o diagnóstico no paciente?
3. Você validou o diagnóstico com o paciente/a família ou com outro colega de enfermagem (quando possível)?

Perguntas básicas sobre diagnósticos de enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem pode ser usado com segurança em outro local que não uma unidade de pacientes internados, como em salas de cirurgia e ambulatórios?

É claro! Os diagnósticos de enfermagem são usados em salas cirúrgicas, clínicas, instalações psiquiátricas, atendimento domiciliar e organizações para idosos, além da área de saúde pública, enfermagem escolar, saúde do trabalho – e, naturalmente, hospitais. A prática da enfermagem é muito diversificada e há determinados diagnósticos que parecem participar de todas elas – *Dor aguda* (00132), *Ansiedade* (00146), *Conhecimento deficiente* (00126), *Disposição para controle da saúde melhorado* (00162), por exemplo, têm grande probabilidade de serem encontrados em todo o lugar de prática dos enfermeiros. Isso esclarecido, sabemos que há uma necessidade de desenvolvimento de diagnósticos que expandam ainda mais os termos que usamos para

descrever os conhecimentos de enfermagem em todas essas áreas de atuação. O trabalho está em curso em algumas áreas, como a pediatria e a saúde mental, em grande número de países, e estamos aguardando os resultados com ansiedade!

Enfermeiros em unidades de atendimento a pacientes críticos devem usar diagnósticos de enfermagem? Estamos ocupados demais atendendo condições médicas.

Pergunta interessante! Os enfermeiros devem praticar a enfermagem? É claro! Não se questiona o fato de enfermeiros de atendimento a pacientes críticos terem foco destacado nas intervenções como consequência das condições médicas, e é comum que intervenham em pacientes com “protocolos ativos” (ordens médicas válidas) que necessitam de raciocínio crítico para sua implementação correta. Sejam, porém, honestos: os enfermeiros nessas unidades precisam praticar a enfermagem. Pacientes em condições críticas correm risco de muitas complicações passíveis de prevenção pelos enfermeiros: pneumonias associadas ao ventilador (*Risco de infecção*, 00004), úlceras de pressão (*Risco de úlcera de pressão*, 00249) e lesão na córnea (*Risco de lesão na córnea*, 00245). É comum que estejam assustados (*Medo*, 00148), e as famílias estão estressadas, embora tenham que saber como cuidar do ente querido quando volta para casa: *Conhecimento deficiente* (00126), *Sobrecarga de estresse* (00177), *Risco de tensão do papel de cuidador* (00162). Se os enfermeiros cuidassem apenas de condições médicas óbvias, seria como diz o ditado: podem vencer a batalha, mas ainda perderiam a guerra. Esses pacientes podem ter sequelas capazes de serem evitadas; a permanência pode ser maior ou a alta para casa resultar em eventos indesejados e aumento das taxas de readmissão. Dar atenção às condições médicas? Com certeza! E focalizar as respostas humanas? Sem dúvida!

Quais são os tipos de diagnósticos de enfermagem na classificação da NANDA-I?

A NANDA-I identifica três categorias de diagnóstico de enfermagem: com foco no problema, de promoção da saúde e de risco. No âmbito dessas categorias, você pode encontrar o uso de síndromes. As definições de cada uma dessas categorias podem ser encontradas no Glossário.

O que são diagnósticos de enfermagem e por que devo usá-los?

Diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade para essa resposta, por indivíduo, família, grupo ou comunidade. Requer coleta de dados de enfermagem para o diagnóstico correto do paciente – você não pode, com segurança, padronizar diagnósticos de enfermagem usando um diagnóstico médico. Embora seja verdade a existência de diagnósticos de enfermagem comuns, que ocorrem com frequência em pacientes com vários diagnósticos médicos, o fato é que você só saberá se o diagnóstico de enfermagem é exato ao identificar as características definidoras e estabelecer a existência de fatores relacionados-chave.

Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados com os quais o enfermeiro tem competência e é responsável. Isto é, os diagnósticos de enfermagem são usados para determinar o plano de

cuidados apropriado para o paciente, orientando os resultados e as intervenções do indivíduo. Você não pode padronizar um diagnóstico de enfermagem, embora seja possível padronizar intervenções, assim que o resultado adequado para o diagnóstico for escolhido, uma vez que, sempre que possível, as intervenções devam ser fundamentadas em evidências.

Os diagnósticos de enfermagem também propiciam uma linguagem padrão para uso no Prontuário de Saúde Eletrônico, possibilitando a comunicação clara entre os membros da equipe de saúde e a coleta de dados para o aperfeiçoamento contínuo dos cuidados ao paciente.

Qual é a diferença entre um diagnóstico médico e um diagnóstico de enfermagem?

Diagnóstico médico lida com doença, enfermidade ou lesão. Diagnóstico de enfermagem trata das respostas humanas reais ou potenciais a problemas de saúde e processos de vida. Por exemplo, um diagnóstico médico de *acidente vascular cerebral* (AVC ou derrame) dá origem a informações sobre a patologia do paciente. Os diagnósticos de enfermagem *Comunicação verbal prejudicada*, *Risco de quedas*, *Processos familiares interrompidos*, *Dor crônica* e *Impotência* oferecem uma compreensão mais integral do impacto daquele derrame no paciente e na família, além de orientarem as intervenções de enfermagem para a obtenção de resultados específicos para o paciente. Se os enfermeiros focalizam apenas o derrame, podem não perceber a *dor crônica* do paciente, seu sentimento de *impotência* e os *processos familiares interrompidos*, questões que terão impacto na alta que está por ocorrer, na capacidade do paciente para controlar seu novo regime terapêutico e em sua qualidade geral de vida. É importante lembrar que, enquanto um diagnóstico médico pertence apenas ao paciente, **a enfermagem trata o paciente e sua família**. Assim, os diagnósticos acerca da família são essenciais, uma vez que têm o potencial de influenciar – positiva ou negativamente – os resultados que você está tentando alcançar com o paciente.

Que partes compõem um diagnóstico e o que significam para enfermeiros na prática?

Há várias partes num diagnóstico de enfermagem: o título, a definição e os critérios da coleta de dados usados para diagnosticar, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco. Tal como observado no Capítulo 4, a NANDA-I tem preocupações sólidas quanto à segurança de uso dos termos (títulos dos diagnósticos) que não possuem um significado padronizado e/ou nenhum critério de coleta de dados. Escolher um diagnóstico numa lista ou criar um termo à cabeceira do paciente é uma prática perigosa devido a algumas razões importantes. Primeiro, deve ser clara a comunicação entre os membros da equipe de cuidados de saúde, além de concisa e consistente. Se cada um definir um “diagnóstico” a seu modo, não haverá clareza. Segundo, como investigar a validade de um diagnóstico, ou a capacidade de diagnosticar de um enfermeiro, quando não temos dados de apoio ao diagnóstico?

Vejamos o exemplo de Myra Johansen. Esse estudo de caso mostra o problema de “escolha” de um diagnóstico em uma lista de termos, sem conhecimento da definição ou dos dados de identificação necessários para o diagnóstico da resposta.

Estudo de caso: Myra Johansen

Myra Johansen tem 57 anos, é obesa e apresenta história de 30 anos como fumante (deixou o tabagismo há seis anos). Deu entrada devido a complicações respiratórias graves em função da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Sua condição está começando a estabilizar e você está assumindo os cuidados dessa paciente no início de seu turno. Percebe no prontuário que o enfermeiro que o antecedeu documentou três diagnósticos de enfermagem: *Padrão respiratório ineficaz* (00032), *Ansiedade* (00146) e *Conhecimento deficiente* (00126). Com base nessa comunicação, você compõe um quadro mental dessa paciente e como irá tratá-la. A *ansiedade* alerta você da necessidade de estar calmo e tranquilo ao se aproximar da paciente, ao passo que *padrão respiratório ineficaz* informa que a Sra. Johansen ainda tem dificuldades com a ventilação. O diagnóstico de *conhecimento deficiente* preocupa, pois há necessidade de muito ensino à paciente sobre seus novos medicamentos, mudanças nutricionais em apoio à perda do peso, algo que pode melhorar a respiração.

Um pouco mais tarde, você conclui sua coleta de dados e identifica algumas diferenças em relação ao enfermeiro anterior. O diagnóstico de padrão respiratório ineficaz está claramente preciso – a paciente tem ortopneia, taquipneia, dispneia, aumento no diâmetro anteroposterior, evidências de movimento das abas nasais e respiração com os lábios unidos, além de uso dos músculos intercostais para respirar. A paciente está sentada na “posição de três pontos” clássica, tentando facilitar a respiração. Os fatores relacionados incluem fadiga, obesidade e fadiga dos músculos respiratórios. A *ansiedade* também é óbvia. A paciente diz ser uma pessoa ansiosa, que está “sempre preocupada com alguma coisa”, e que, no momento, tem muitas preocupações, como faltas no trabalho, quem cuida do filho adolescente e o que a hospitalização significará em relação a suas finanças. Diz que perdeu o trabalho de turno integral há três meses e que só conseguiu de meio turno, temporário. Mal consegue pagar a casa e comprar os itens alimentares, e não tem plano de saúde. Myra informa ainda que não consegue comprar os remédios para a DPOC há seis ou sete semanas e que cancelou a consulta de rotina com o pneumologista por não poder pagá-la. Sabe sobre a doença e tem clareza das consequências de não tomar os remédios, mas não conseguiu continuar o tratamento por falta de dinheiro. Sem dúvida, a preocupação financeira está afetando sua ansiedade, o que, por sua vez, aumenta as dificuldades respiratórias. A coleta de dados feita por você não confirmou qualquer uma das características definidoras de *conhecimento deficiente*, e você não identificou nenhum fator relacionado. Diferentemente, identificou *Falta de adesão* (00079), que está evidente no surgimento de complicações e exacerbações dos sintomas da paciente, além das declarações dela sobre não poder continuar o regime de tratamento. Os fatores relacionados são o custo do tratamento e a incapacidade de pagar os remédios e a consulta médica.

No dia seguinte, ao mencionar ao colega sua diferença na coleta de dados, a resposta é: “Escolhi *conhecimento deficiente* por ser um diagnóstico padrão para todos os pacientes; todos têm algum déficit de conhecimento de alguma espécie!” Sem dúvida, trata-se de um raciocínio errado, e, se a colega tivesse validado o

diagnóstico, revisando a definição, as características definidoras e os fatores relacionados – e conversando com a paciente –, ficaria claro que esse não seria um diagnóstico de enfermagem relevante. De fato, muitos pacientes com doença crônica costumam saber muito ou mais sobre a condição de saúde, suas respostas a ela e o que melhora ou piora os sintomas, quando comparado com o profissional de saúde.

O foco em *conhecimento deficiente* no caso da Sra. Johansen não seria apropriado, uma vez que ela tem clareza em relação à doença e às implicações de não seguir o regime de tratamento – o foco em *falta de adesão*, no entanto, é capaz de direcionar a intervenção adequada. Reconhecer as barreiras financeiras leva o enfermeiro a começar a trabalhar com a paciente e a equipe interdisciplinar para identificar fontes potenciais de apoio financeiro para a obtenção dos remédios, ida ao médico no acompanhamento e, possivelmente, até recursos para suporte dos custos de hospitalização e acompanhamento. O foco no diagnóstico “padrão” de *conhecimento deficiente*, para o qual não havia registro de apoio de identificação dos dados coletados, gasta o tempo do enfermeiro e gera a oferta de cuidados desnecessários, ao mesmo tempo em que limita o tempo gasto no atendimento capaz de influenciar os resultados da paciente.

Que diagnóstico de enfermagem é mais aplicável a um paciente com acidente vascular encefálico? Como redijo um plano de cuidados que inclua um diagnóstico de enfermagem a pacientes com uma condição/diagnóstico médico específico, por exemplo, fratura de quadril?

Os diagnósticos de enfermagem são respostas de indivíduos (família, grupo ou comunidade) a problemas de saúde ou processos de vida. Isso quer dizer que não podemos padronizar os diagnósticos de enfermagem com base em diagnósticos ou procedimentos médicos. Ainda que muitos pacientes com uma fratura de quadril, por exemplo, possam sofrer de *dor aguda*, *risco de quedas* e/ou *déficits no autocuidado* (banho e higiene), outros podem ter como resposta *ansiedade*, *distúrbio no padrão de sono* ou *falta de adesão*. Sem uma coleta de dados de enfermagem, é impossível determinar o diagnóstico correto – além de não contribuir para um atendimento seguro e qualificado do paciente. O plano de cuidados para cada indivíduo baseia-se nos dados da coleta. Esses dados e as preferências do paciente orientam o enfermeiro ao priorizar diagnósticos e intervenções de enfermagem – o diagnóstico médico é apenas um elemento dos dados coletados, e, portanto, não pode ser usado como o único fator determinante para a escolha de um diagnóstico de enfermagem. o acrônimo SEA TOW é um instrumento de raciocínio usado pelos médicos e que pode ser útil à determinação de diagnósticos (Rencic, 2011; Figura 2.5).

É sempre uma boa ideia pedir opinião a um colega ou um especialista quando você está inseguro acerca do diagnóstico. O diagnóstico que você está analisando é consequência de um momento “Eureka”? Você reconheceu um padrão nos dados coletados e na entrevista com o paciente? Consegue confirmar esse padrão ao revisar os indicadores diagnósticos? Coletou dados que parecem estar opostos ao diagnóstico? Consegue justificar o diagnóstico mesmo com esses dados, ou eles sugerem uma investigação mais

aprofundada? Pense a respeito de seu raciocínio – foi lógico, arrazoado, embasado em seus conhecimentos da ciência da enfermagem e na resposta humana que você está diagnosticando? Você precisa de mais informações sobre a resposta antes de estar pronto para sua confirmação? Está bastante confiante? Isso pode ocorrer quando você está acostumado com pacientes que apresentam determinados diagnósticos, levando-o a “ir direto” a um diagnóstico, no lugar de, realmente, aplicar habilidades de raciocínio clínico. Finalmente, que outros dados podem ter a coleta necessária ou ser revisados para que você valide, confirme ou descarte um diagnóstico de enfermagem potencial? O uso do acrônimo SEA TOW pode ajudar na validação de seu processo de raciocínio clínico e aumentar a probabilidade de um diagnóstico preciso.

Quantos diagnósticos meu paciente deve ter?

Os alunos costumam ser encorajados a identificar cada um dos diagnósticos de um paciente – trata-se de um método de aprendizagem para melhorar o raciocínio clínico e dominar a ciência da enfermagem. Na prática, porém, é importante priorizar diagnósticos de enfermagem, uma vez que eles devem compor a base das intervenções. Você deve levar em conta diagnósticos mais críticos – tanto da perspectiva do paciente quanto da sua –, recursos e tempo disponíveis para o tratamento. Outros diagnósticos podem necessitar de encaminhamento a demais provedores ou locais de atendimento, como o domiciliar, uma unidade hospitalar diferente, uma instituição de enfermagem especializada, etc. Na prática, ter um diagnóstico para cada domínio da NANDA-I ou um mínimo de cinco ou 10 diagnósticos não reflete a realidade. Ainda que importe identificar todos os diagnósticos (com foco no problema, de risco e promoção da saúde), os enfermeiros devem concentrar-se nos diagnósticos de alta prioridade e alto risco, inicialmente; outros podem ser adicionados mais tarde (subindo na lista de prioridades), substituindo os solucionados ou aqueles para os quais as intervenções estão claramente funcionando. Além disso, se a condição do paciente piorar ou outros dados forem identificados, levando a um diagnóstico mais urgente, a priorização de diagnósticos deve ser retomada. Planejar o atendimento para os pacientes não é algo “de um só momento”. Ocorre o mesmo com todos os aspectos do processo de enfermagem, que deve ser continuamente reavaliado e adaptado para atender às necessidades do paciente e da família.

Posso mudar um diagnóstico de enfermagem depois de ter sido documentado no prontuário médico do paciente?

É claro! Ao continuar identificando dados do paciente e coletando mais alguns, você pode descobrir que seu diagnóstico inicial não era o mais crítico, a condição do paciente pode ter sido resolvida ou novos dados ficaram disponíveis, levando a novo enfoque da prioridade. É muito importante avaliar o paciente continuamente, determinando se o diagnóstico é ainda o mais exato para ele, em determinado momento no tempo.

Posso documentar diagnósticos de enfermagem de familiares de um paciente, no prontuário médico do paciente?

As regras de documentação variam, dependendo da organização, estado e país. O conceito de atendimento com base na família, entretanto, está se tornando quase um padrão e, com

certeza, os diagnósticos têm um impacto no paciente, podendo contribuir para seus resultados, devendo ser levados em conta pelo enfermeiro. Por exemplo, se um paciente é admitido na instituição devido à exacerbação de uma condição crônica, e o enfermeiro identifica na esposa sinais/sintomas de *Tensão do papel de cuidador* (00061), é fundamental que ele confirme ou refute esse diagnóstico. Tirar vantagem da hospitalização do paciente possibilita ao enfermeiro trabalhar com o cônjuge, mobilizando recursos para os cuidados domiciliares, como identificar recursos de apoio para controle do estresse, folgas do cuidador, preocupações financeiras, etc. Uma revisão do regime terapêutico, além das recomendações para simplificar ou organizar os cuidados, pode ser muito útil. O diagnóstico e tratamento do cônjuge com *tensão do papel de cuidador* não somente afetarão o cuidador, mas causarão forte impacto nos resultados do paciente quando voltar para casa.

Todos os diagnósticos de enfermagem podem ser usados de modo seguro e legal em todos os países?

A classificação da NANDA-I representa uma prática internacional de enfermagem. Porém, nem todos os diagnósticos são apropriados a todos os enfermeiros no mundo. Consultar as Considerações Internacionais sobre o Uso dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I.

Perguntas sobre características definidoras

O que são características definidoras?

Características definidoras são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome. Isso não apenas implica coisas que o enfermeiro é capaz de ver, mas as vistas, ouvidas (p. ex., o paciente/a família narra), tocadas ou cheiradas.

Características definidoras no livro nem sempre são dados passíveis de observação; algumas são julgamentos (p. ex., pesar complicado ou conhecimento deficiente). Como usá-las na coleta de dados?

Considerada a atual definição de características definidoras, os diagnósticos de enfermagem (inferências) são considerados características definidoras aceitáveis. Embora isso tenha lógica no caso das síndromes, definidas como um grupo de dois ou mais diagnósticos de enfermagem, pode haver confusão em relação a outros tipos de diagnósticos. Se você tem um diagnóstico de enfermagem como característica definidora, quer dizer que já fez um julgamento. Ainda assim, algum grau de inferência, como a que se dá por meio da comparação de dados com normas padronizadas, é adequado para o desenvolvimento do diagnóstico (p. ex., inferir que a frequência cardíaca de 174 em um homem idoso está acima do normal). A definição de característica definidora está, no momento, sendo revisada para esclarecimento da intenção.

As características definidoras no livro estão organizadas em ordem de importância?

Não. As características definidoras (e os fatores relacionados/de risco) estão arroladas

em ordem alfabética, com base na versão original em inglês. A meta é validar características definidoras críticas por meio de pesquisa – características que devem estar presentes para que seja feito o diagnóstico. Quando isso for possível, reorganizaremos os indicadores diagnósticos por ordem de importância.

Quantas características definidoras preciso identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem?

Essa é uma pergunta difícil e depende, realmente, do diagnóstico. Para alguns, uma característica definidora é necessária; por exemplo, com os diagnósticos de promoção da saúde, o desejo expresso de um paciente de melhorar uma dada faceta de uma resposta humana é tudo de que se necessita. Outros diagnósticos requerem um grupo de sintomas, possivelmente, três ou quatro, para que o diagnóstico tenha acurácia. Futuramente, gostaríamos de ser capazes de limitar a quantidade de indicadores diagnósticos oferecidos na NANDA-I, pois longas listas de sinais/sintomas não são tão úteis do ponto de vista clínico. Esse trabalho será facilitado com mais pesquisas realizadas sobre conceitos diagnósticos.

Perguntas sobre fatores relacionados

O que são fatores relacionados?

Fatores relacionados podem ser considerados fatores etiológicos, ou dados que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Esses fatores podem ser descritos como antecedentes de, associados com, relacionados com, contribuintes para ou auxiliares. Somente diagnósticos de enfermagem com foco no problema e síndromes devem ter fatores relacionados; diagnósticos de promoção da saúde podem ter fatores relacionados se ajudarem a esclarecer o diagnóstico.

Quanto fatores relacionados tenho que identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem?

Da mesma forma que com as características definidoras, isso realmente depende do diagnóstico. É provável que um fator não seja adequado, o que é especificamente verdadeiro se você está usando apenas um diagnóstico médico como fator relacionado. Isso pode gerar a prática em que cada paciente admitido para uma mastectomia receba o “título” de *Distúrbio na imagem corporal* (00118), ou que cada paciente com um procedimento cirúrgico seja rotulado com o diagnóstico de *Dor aguda* (00132). Não é uma prática diagnóstica, e sim a rotulação do paciente com base no pressuposto de que a resposta de uma pessoa é exatamente a mesma que a de outra. Para dizer o máximo, é um pressuposto errado, podendo trazer risco de um diagnóstico errôneo, levando os enfermeiros a gastarem tempo com intervenções desnecessárias. Na pior das hipóteses, pode causar um erro de omissão, em que um diagnóstico importante não é percebido, resultando em problemas significativos com os cuidados do paciente e a qualidade dos resultados.

Fatores relacionados nos diagnósticos da NANDA-I nem sempre são fatores que um

enfermeiro pode eliminar ou diminuir. Devo incluí-los num enunciado diagnóstico?

Muitos de nossos fatores relacionados, atualmente, não são passíveis de modificação, como idade e gênero. Embora esses fatores sejam importantes de conhecer ao coletar dados e diagnosticar, é possível que sejam, com mais precisão, característicos de “grupos de risco” (p. ex., adolescentes, idosos, mulheres, etc.). Eles ajudam no diagnóstico, mas não podemos intervir neles, por exemplo. Assim, é possível que tenham que ser considerados separadamente dos fatores relacionados. Esse assunto está sendo analisado no momento. Por ora, ainda que seja aceitável, do ponto de vista técnico, usar esses fatores relacionados num enunciado PES, a melhor prática seria identificar aqueles nos quais você pode interferir e para os quais as intervenções podem levar a uma diminuição ou interrupção da resposta humana desfavorável diagnosticada.

Perguntas sobre fatores de risco

O que são fatores de risco?

São fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento nada saudável. Fatores de risco existem apenas em diagnósticos de risco.

Quantos fatores de risco tenho que identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem de risco?

Da mesma forma que com características definidoras e fatores relacionados, isso realmente depende do diagnóstico. Por exemplo, no novo diagnóstico *Risco de úlcera de pressão* (00249), ter um escore de < 16 na escala Braden Q em uma criança, ou um escore, na mesma escala, de < 18 em um adulto, ou, ainda, um escore baixo na Risk Assessment Pressure Sore (RAPS) Scale (Escala de Levantamento de Riscos de Úlcera de Pressão) pode ser tudo de que se necessita para diagnosticar esse risco. É assim, porque esses instrumentos padronizados foram validados, clinicamente, como elementos de previsão de risco de úlcera de pressão. Para outros diagnósticos que ainda não têm esse nível de validação de indicadores diagnósticos, há necessidade de um grupo de fatores de risco.

Fatores de risco no livro nem sempre são fatores que um enfermeiro pode eliminar ou reduzir. Devo incluí-los no enunciado diagnóstico?

Ver a resposta sobre fatores relacionados.

Há alguma relação entre fatores relacionados e fatores de risco, como no caso de diagnósticos que têm um diagnóstico baseado em um problema ou de promoção da saúde, e de risco?

Sim. Você deve perceber semelhanças marcantes entre fatores relacionados para um diagnóstico com foco no problema e fatores de risco de um diagnóstico de risco relacionado ao mesmo conceito. Na verdade, as listas de fatores podem ser idênticas. A mesma condição que o coloca em risco de uma resposta indesejável com frequência é uma etiologia daquela resposta, se ela ocorrer. Por exemplo, no diagnóstico *Risco de*

comportamento desorganizado do lactente (00115), excesso de estímulos ambientais é registrado como fator de risco. No diagnóstico com foco no problema, *Comportamento desorganizado do lactente* (00116), excesso de estímulos ambientais é registrado como um fator relacionado. Nos dois casos, há muitas intervenções de enfermagem disponíveis, capazes de reduzir a resposta desfavorável ou modificar seu risco de ocorrência.

Como diferenciar diagnósticos de enfermagem similares

Como posso decidir entre diagnósticos muito similares – como saber qual é o mais preciso/acurado?

A acurácia diagnóstica é fundamental. Evite chegar rapidamente a uma conclusão e usar instrumentos fáceis para refletir durante seu processo de decisão. O SNAPPS é um auxiliar diagnóstico usado na medicina para diferenciar diagnósticos e pode ser adaptado, com facilidade, para a enfermagem (Rencic, 2011); ver Figura 5.1. O uso desse recurso possibilita um resumo dos dados identificados na coleta de dados, além de todos os demais dados relevantes encontrados no prontuário do paciente. Então, você diminui as diferenças entre os diagnósticos e elimina os dados que se ajustam aos dois diagnósticos para ficar apenas com os que são diferentes. A análise desses dados deve ser feita – há um padrão mais evidente agora que você vê em um grupo de dados menor? Consulte um colega, professor ou especialista se houver dúvidas ou perguntas sem resposta – não peça a resposta, mas acompanhe seu raciocínio para ajudá-lo a determinar o diagnóstico mais apropriado. Planeje uma estratégia de controle que deve incluir outras coletas frequentes, em especial no começo do plano, assegurando que seu diagnóstico foi, realmente, preciso. Finalmente, selecione tópicos relacionados ao caso para serem mais investigados e estudados. Encontre um artigo, um estudo de caso num periódico ou informações de algum texto recente capazes de aprofundar seu entendimento da resposta humana há pouco diagnosticada.

Figura 5.1 O auxiliar diagnóstico SNAPPS.



Posso adicionar “risco de” a um diagnóstico com foco no problema, tornando-o um diagnóstico de risco? Ou retirar “risco de” de um diagnóstico de risco, tornando-o um diagnóstico com foco no problema?

De modo simples, a resposta a essa pergunta é “Não”. Na verdade, “compor” um título, de forma aleatória, não tem sentido e achamos que pode ser perigoso. Por quê? Pergunte-

se o seguinte: como esse diagnóstico é definido? Quais são os fatores de risco (ou diagnósticos de risco) ou as características definidoras/fatores relacionados (para diagnósticos com foco no problema) que devem ser identificados durante sua coleta de dados de enfermagem? Como outras pessoas sabem o que você quer dizer se o diagnóstico não está definido com clareza e oferecido na forma de um recurso (texto, sistema de informática) para revisão e possibilidade de validação do diagnóstico?

Se você identificar um paciente que, em sua opinião, pode correr risco de algo para o qual inexistente diagnóstico de enfermagem, o melhor é documentar com muita clareza o que vê no paciente ou os motivos pelos quais você acha que ele corre algum risco, para que outros possam, com facilidade, acompanhar seu raciocínio clínico. Isso é fundamental à segurança do paciente.

Ao analisar se um diagnóstico de risco deve ou não ser modificado para criar um diagnóstico real, esta é a pergunta a ser feita: “Isso já está identificado como um diagnóstico médico?” Em caso positivo, não há razão para renomeá-lo como um diagnóstico de enfermagem, a menos que haja alguma outra perspectiva que a enfermagem traria a seus fenômenos, diferente daquela da medicina. Por exemplo, “ansiedade” é um diagnóstico de enfermagem/médico/psiquiátrico, e todas as disciplinas podem abordá-lo a partir de suas perspectivas. Por outro lado, ao analisar um diagnóstico como “pneumonia” (infecção), que ponto de vista o enfermeiro traria que seria diverso daquele da medicina? Até agora, não identificamos a existência de alguma diferença no tratamento entre disciplinas; assim, é um diagnóstico médico para o qual os enfermeiros utilizam intervenções de enfermagem. É algo perfeitamente aceitável.

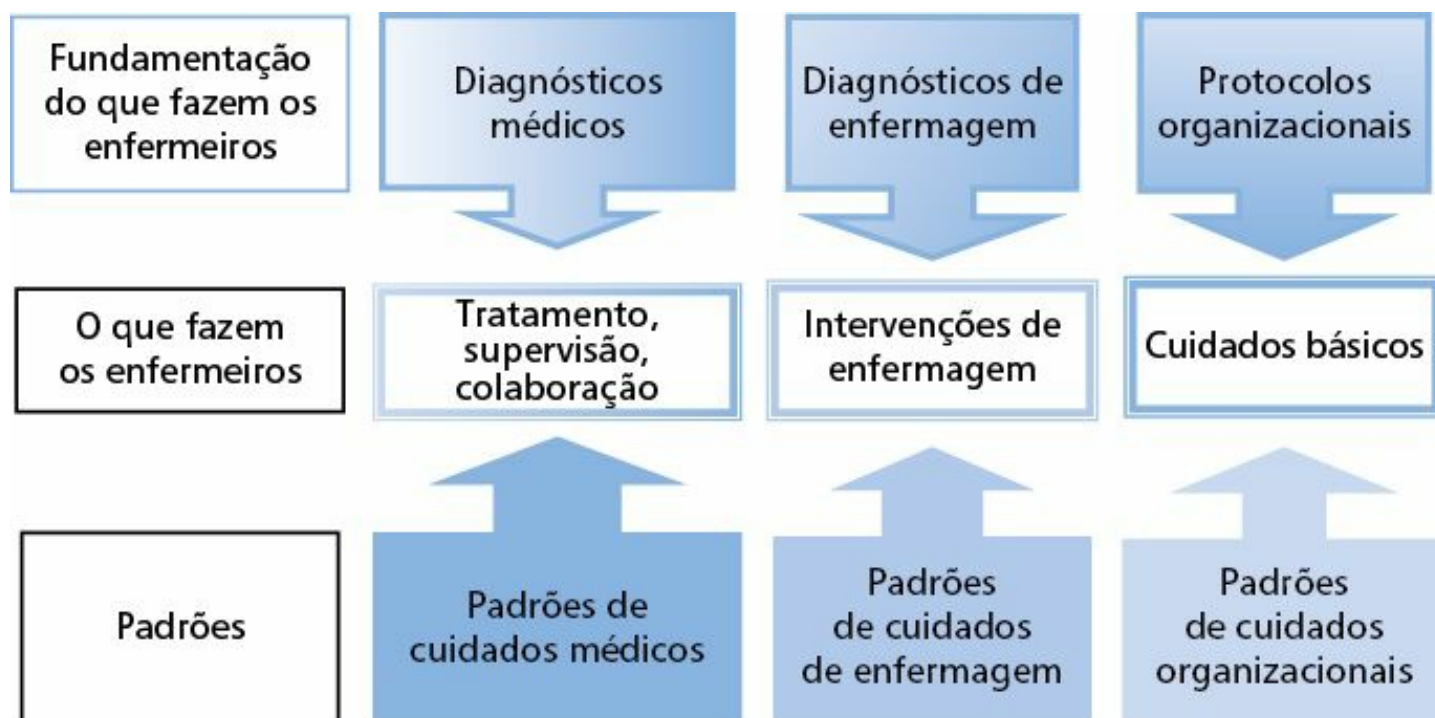
Finalmente, se você identificar uma resposta humana que, em sua opinião, deva ser identificada como um diagnóstico de enfermagem, confira suas informações sobre desenvolvimento de diagnóstico, revise a literatura ou trabalhe com especialistas para seu desenvolvimento e envie-o à NANDA-I para apreciação. São enfermeiros em prática que normalmente identificam diagnósticos de que precisamos, que possibilitam o aumento ou o aperfeiçoamento da terminologia e que mais bem refletem a realidade da prática.

Perguntas sobre a elaboração de um plano de tratamento

*São todas as intervenções de enfermagem que exigem um diagnóstico de enfermagem?
Toda a prática da enfermagem relativa aos cuidados do paciente é derivada de diagnósticos de enfermagem?*

Nem todas as intervenções ou ações de enfermagem se baseiam em diagnósticos de enfermagem. Os enfermeiros intervêm em condições descritas por diagnósticos médicos e de enfermagem; também oferecem intervenções que resultam de protocolos organizacionais *versus* necessidades específicas do paciente. Não renomeamos diagnósticos ou termos médicos para criar diagnósticos de enfermagem, nem precisamos de um diagnóstico de enfermagem para cada intervenção de enfermagem. O Modelo Tripartite de Prática da Enfermagem (Tripartite Model of Nursing Practice), de Kamitsuru (2008), pode ajudar na análise das intervenções realizadas pelo enfermeiro e no entendimento das justificativas ou do apoio subjacente a tais intervenções (Figura 5.2).

Figura 5.2 Modelo Tripartite de Prática da Enfermagem (Kamitsuru, 2008).



Como podemos perceber, existem três “pilares” basilares desse modelo, cada um representando posições/padrões teóricos diferentes que constituem a justificativa/os conhecimentos para as intervenções de enfermagem (o nível mais inferior do modelo): padrões médicos de cuidados, padrões de cuidados de enfermagem e padrões organizacionais. No topo do modelo, o foco das intervenções é indicado: diagnóstico médico, diagnóstico de enfermagem e protocolo organizacional. Todos orientam intervenções ou atividades dos enfermeiros; alguns são dependentes, outros são interdependentes e há também os independentes.

Como encontro intervenções para uso com os diagnósticos de enfermagem?

As intervenções devem ser direcionadas para os fatores relacionados ou etiológicos, sempre que possível. Porém, algumas vezes isso não é possível; assim, as intervenções são escolhidas para controlarem os sintomas (características definidoras). Analise duas situações diferentes que usam o mesmo diagnóstico:

- *Dor aguda* (fatores relacionados: técnica inadequada de erguimento e postura corporal; características definidoras: relato de forte dor nas costas, comportamento protetor e posicionamento protetor para evitar a dor).
- *Dor aguda* (fatores relacionados: procedimentos cirúrgicos; características definidoras: relato verbal de forte dor incisional, comportamento e posicionamento de proteção para evitar a dor).

No primeiro exemplo, o enfermeiro pode direcionar as intervenções para os sintomas (oferecimento de intervenções de alívio da dor), mas também para a etiologia (oferecimento de informações sobre técnicas adequadas de erguimento, mecânica corporal

apropriada e exercícios de fortalecimento dos grupos musculares essenciais e das costas).

No segundo exemplo, o enfermeiro não consegue interferir para remover o fator causador (o procedimento cirúrgico); assim, as intervenções buscam controlar sintomas (oferecimento de intervenções de alívio da dor).

Escolher intervenções para um paciente específico tem também influência da gravidade e duração do diagnóstico de enfermagem, eficácia das intervenções, preferências do paciente, orientações organizacionais e capacidade de realizar a intervenção (p. ex., se é possível realizar as intervenções ou não).

Quando um plano de atendimento de enfermagem precisa de revisão?

Não há um padrão bem definido relativo à frequência das revisões, elas dependem da condição do paciente, da gravidade e complexidade do atendimento e dos padrões organizacionais. Geralmente, uma diretriz mínima seria uma vez a cada 24 horas, mas em ambientes de cuidados intensivos ou condições complexas do paciente, isso costuma ser feito uma ou mais vezes a cada turno ou plantão.

O que significa “revisar” o plano de atendimento? Trata-se de algo que requer um novo levantamento das atuais condições do paciente para a identificação das respostas humanas do momento que exijam intervenção do enfermeiro, o que significa revisar o que foi identificado anteriormente para determinar:

1. Ainda estão presentes os diagnósticos de enfermagem anteriormente identificados?
2. Ainda são uma prioridade alta?
3. Estão melhorando, na mesma condição ou piorando?
4. As intervenções do momento são eficazes? O resultado desejado foi alcançado/parcialmente alcançado?
5. Talvez o mais importante venha agora: você identificou a resposta correta ao tratamento (diagnosticou com exatidão/ precisão?)

Todas essas perguntas exigem contínuas coletas de dados do paciente. Quando uma intervenção não é exitosa no alcance de determinados resultados do indivíduo, mantê-la pode não ser a melhor política. É possível haver algo ocorrendo que não foi percebido antes? Que outros dados você pode ter que coletar para identificar outras questões? O paciente concorda com você quanto à priorização dos cuidados? Existem outras intervenções capazes de ser mais eficientes? Tudo isso está envolvido na análise e revisão do plano de cuidados.

Lembre-se de que o plano de cuidados de enfermagem é uma representação eletrônica (ou escrita) de seu julgamento clínico. Não é algo que você faz e depois esquece – deve canalizar o que quer que você esteja fazendo com esse paciente. Todas as perguntas feitas, todos os resultados de exames diagnósticos, todos os dados do exame físico adicionam mais informações a serem levadas em conta quando ocorre a análise das respostas do paciente. Assim, a coleta de dados e a avaliação precisam ocorrer sempre que você olhar para o paciente, conversar com ele, tocá-lo, e toda vez que você interagir com sua família e com os dados em seu prontuário médico.

Raciocínio clínico, diagnóstico e planejamento adequado de tratamento exigem uma prática diligente e reflexiva. Planejar os cuidados do paciente não é uma tarefa de comprovação (checagem) para que você possa passar a outra coisa – é o principal componente da prática da enfermagem profissional.

Perguntas sobre ensino/aprendizagem de diagnósticos de enfermagem

Jamais aprendi sobre diagnósticos de enfermagem quando fazia o curso. Qual é a melhor maneira de estudar o diagnóstico de enfermagem? Não estou à vontade para ensinar diagnósticos de enfermagem, uma vez que nunca aprendi sobre eles durante o curso. Algumas recomendações?

O uso deste livro é um bom começo! Primeiro, porém, realmente recomendamos que use algum tempo aprendendo/revisando conceitos que apoiam os diagnósticos. Pense sobre o tanto que você conhece sobre ventilação, enfrentamento, tolerância à atividade, mobilidade, padrões alimentares, padrões de sono, perfusão tissular, etc. Na verdade, há necessidade de você começar com um entendimento firme desses fenômenos “neutros”. O que é *normal*? O que você esperaria encontrar em um paciente saudável? Que fatores fisiológicos/psicológicos/sociológicos influenciam esses padrões normais? Assim que você entender realmente os conceitos, poderá passar para os desvios da norma: como identificar dados para eles? Que outras áreas da saúde da pessoa podem estar afetadas se ocorrer um desvio? Que tipos de coisas colocariam alguém em risco de desenvolvimento de uma resposta indesejada? Quais são os pontos positivos com que as pessoas podem contar para melhorarem essa área de sua saúde? O que os enfermeiros estão dizendo sobre esses fenômenos – que pesquisas estão sendo feitas? Há diretrizes clínicas de prática? Todas essas áreas do conhecimento contribuirão para que você compreenda o diagnóstico de enfermagem – afinal, diagnósticos de enfermagem dão nome aos conhecimentos da disciplina.

Não basta pegar este livro, ou qualquer outro, e começar a registrar diagnósticos que “pareçam” adaptar-se ao paciente, ou que tenham ligação com um diagnóstico médico de algum modo padronizado. Assim que você realmente entender os conceitos, começará a ver padrões nos dados da sua coleta que indicarão estados de risco, estados problemáticos e pontos fortes – então você poderá aprimorar sua compreensão dos diagnósticos por meio de uma análise das definições e indicadores diagnósticos para os diagnósticos que pareçam representar a maioria das respostas do paciente encontradas em sua prática. Existem diagnósticos centrais em todas as áreas de prática e é neles que você desejará concentrar-se para construir as primeiras experiências.

Devo escolher um diagnóstico de cada um dos 13 domínios e combinar no final da coleta de dados?

Embora saibamos que alguns professores ensinem assim, não é um método que conta com nosso apoio. Designar, de forma arbitrária, determinado número de diagnósticos a serem analisados não é algo prático nem que reflita, necessariamente, a realidade do paciente. Além disso, conforme antes registrado, os domínios não têm formato de coleta de dados. Você deve completar um instrumento de coleta de dados de enfermagem e, enquanto

realiza isso, começará a construir hipóteses sobre os diagnósticos potenciais. Isso, por sua vez, deverá gerar uma coleta mais focalizada para descartar ou confirmar as hipóteses. Coletar dados é um processo fluido – um dado pode levá-lo de volta a dados antes obtidos, ou pode exigir análise mais profunda para a coleta de informações adicionais. Recomendamos o uso de um instrumento de coleta de dados fundamentado em um modelo de enfermagem, como o dos Padrões de Saúde Funcional de Gordon. Embora a taxonomia seja, atualmente, adaptada desses padrões, a estrutura do instrumento de coleta de dados de enfermagem dá suporte aos enfermeiros que fazem uma entrevista e um levantamento do paciente, possibilitando (e encorajando!) uma análise fluida de como os dados e as informações obtidos dos padrões interagem enquanto a coleta está sendo realizada.

Meus professores não permitem o uso de diagnósticos de risco porque, dizem, nosso foco é em diagnósticos “reais”. Os riscos dos pacientes não são “reais”?

Sem dúvida! Diagnósticos de risco podem, na verdade, ser diagnósticos de elevada prioridade para os pacientes – um indivíduo com vulnerabilidade significativa a infecções, quedas, úlcera de pressão ou sangramento pode não ter um diagnóstico mais crítico que de risco. O uso anterior do termo diagnóstico “real” pode levar a essa confusão – alguns interpretaram isso de modo a significar que o diagnóstico real (com foco no problema) era mais “real” que o de risco. Pense na jovem mulher que acabou de dar à luz um bebê recém-nascido saudável, mas que desenvolveu coagulação intravascular disseminada durante a gestação e possui uma história de hemorragia pós-parto. É bem possível que ela não tenha outro diagnóstico altamente prioritário quanto o de *Risco de sangramento* (00206). Talvez ela tenha *Dor aguda* (00132) em decorrência da episiotomia, pode ter *Ansiedade* (00146) e *Disposição para amamentação melhorada* (00106), mas qualquer enfermeiro perinatal dirá que o foco número um será *Risco de sangramento*.

Nosso currículo básico de enfermagem já está cheio. Quando devem ser ensinados os diagnósticos de enfermagem e quem deve fazer isso?

A enfermagem, tal como outras áreas, batalha para passar de um sistema carregado de conteúdo para um processo educativo baseado no aprendiz, com foco no raciocínio. Durante, no mínimo, várias décadas passadas, o padrão na educação de enfermagem foi tentar incluir cada vez mais informações em palestras, leituras e tarefas, levando a um padrão de memorização e regurgitação de conhecimentos (comumente seguido do esquecimento da maior parte do que fora “aprendido” logo em seguida). Isso simplesmente não funciona! A velocidade do surgimento de conhecimentos aumenta de modo exponencial – não podemos continuar a ensinar cada informação necessária. Em vez disso, precisamos ensinar conceitos centrais, ensinar os estudantes a raciocinarem, a descobrirem conhecimentos e saberem o que é confiável, além da forma de aplicação. Precisamos dar-lhes os instrumentos que levam a um aprendizado permanente, e o raciocínio clínico é, possivelmente, o mais fundamental de todos. Mas tal raciocínio exige um campo de conhecimentos – no caso, a enfermagem – demandando o domínio dos conhecimentos de nossa disciplina, representados pelos diagnósticos de enfermagem.

Cada um dos professores na enfermagem precisa ensinar diagnósticos de enfermagem –

em qualquer curso e como o foco do curso. Aprendendo os conceitos, os estudantes aprenderão sobre disciplinas relacionadas, seus diagnósticos e tratamentos padronizados; também aprenderão sobre as respostas humanas e como diferem sob uma variedade de situações, ou conforme idade, gênero, cultura, etc. A reestruturação dos currículos para realmente focalizarem a enfermagem pode soar radical, embora seja a única maneira de, com solidez, proporcionar conteúdos de enfermagem para os futuros enfermeiros. Ensinar, primeiro, os diagnósticos centrais que perpassam todas as áreas de prática; depois, com os estudantes aumentando os conhecimentos, ensinar os diagnósticos centrais por especialidade. O restante – aqueles que não ocorrem com frequência, ou ocorrem somente em condições muito específicas – será aprendido com a prática e com pacientes que evidenciam essas respostas.

Perguntas sobre o uso da NANDA-I em prontuários de saúde eletrônicos

Há alguma obrigatoriedade reguladora no sentido de que problemas, intervenções e resultados do paciente incluídos num prontuário de saúde eletrônico sejam enunciados usando a terminologia da NANDA-I? Por que usar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com um sistema de saúde eletrônico?

Não há qualquer obrigatoriedade. Os diagnósticos de enfermagem da NANDA International, todavia, são sugeridos de forma enfática pelas organizações que atestam padrões da prática como elementos a serem incluídos nos registros eletrônicos de saúde (EHR). Vários trabalhos e estudos de especialistas internacionais promovem a inclusão da taxonomia da NANDA-I nesses registros, com base em várias razões:

- A segurança dos pacientes exige documentação acurada de problemas de saúde (p. ex., estados de risco, diagnósticos reais, diagnósticos de promoção da saúde), e a NANDA-I é a única classificação com ampla base bibliográfica (com alguns diagnósticos baseados em evidências, incluindo um formato de nível de evidências [LOE]). Ainda mais importante, os diagnósticos da NANDA-I são conceitos amplos que foram definidos e incluem fatores relacionados e características definidoras. Essa é uma das grandes diferenças relativas a outras terminologias
- A NANDA-I, a NIC e a NOC (NNN) não apenas são as classificações de uso internacional mais frequente, mas estudos mostram-nas como as classificações mais baseadas em evidências e abrangentes (Tastan, Linch, Keenan, Stifter, McKinney, Fahey & Wilkie, 2013).
- Os diagnósticos da NANDA-I são permanentemente aperfeiçoados e desenvolvidos. A classificação não é produto de um único autor; baseia-se no trabalho de enfermeiros profissionais no mundo todo, membros e não membros da NANDA International (Anderson, Keenan, & Jones, 2009; Bernhard-Just, Hillewerth, Holzer-Pruss, et al., 2009; Keenan, Tschannen, & Wesley, 2008; LunneyLunney, 2006; Lunney, Delaney, Duffy, et al., 2005; Müller-Staub, 2007, 2009; Müller-Staub, Lavin, Needham, et al., 2007).

Perguntas sobre desenvolvimento e revisão de diagnósticos

Quem desenvolve e revisa os diagnósticos da NANDA-I?

Os diagnósticos novos e os revisados são enviados à apreciação ao Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I (Diagnosis Development Committee [DDC]) por enfermeiros do mundo todo. Esses profissionais, basicamente, vêm de áreas da prática clínica e da educação, embora tenhamos pesquisadores e teóricos que, ocasionalmente, enviam diagnósticos à apreciação também. O DDC formula e conduz processos de apreciação de diagnósticos propostos. Os deveres do comitê incluem, embora não se limitem a isto: análise dos diagnósticos novos ou revisados propostos, ou deleções propostas de diagnósticos de enfermagem em uso; solicitação e disseminação de *feedback* de especialistas; implementação de processos para análise pelos filiados e votação, pela assembleia geral/filiados de assuntos sobre desenvolvimento de diagnósticos.

Entendo que os enfermeiros possam enviar à apreciação novos diagnósticos de enfermagem, bem como revisar diagnósticos em uso. Como a NANDA-I auxilia? Existe algum serviço gratuito para esse apoio?

O Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I (NANDA-I's Diagnosis Development Committee [DDC]) providencia um mentor que o acompanhará durante o processo de apreciação. Quando você faz contato conosco com uma solicitação de apreciação ou revisão de um diagnóstico, essa pessoa é designada e torna-se seu principal contato com o comitê. Ele trabalhará com você para compreender todas as perguntas que possam surgir a partir dos membros do Comitê, ou para esclarecer seu processo, assegurando que ele atende às exigências identificadas nele. Não há taxas cobradas para tal apoio.

Por que alguns diagnósticos são revisados?

Conhecimentos estão em permanente evolução na prática da enfermagem, e, como as pesquisas esclarecem e aperfeiçoam esses conhecimentos, é importante que a terminologia da NANDA-I reflita essas mudanças. Enfermeiros em atuação, bem como educadores e pesquisadores, enviam à apreciação essas revisões, com base em no próprio trabalho ou em revisões bibliográficas. A finalidade é aperfeiçoar os diagnósticos, oferecendo informações que possibilitem a exatidão do diagnóstico.

Perguntas sobre o texto de definições e classificação da NANDA-I

Como sei que diagnósticos são novos?

Todos os diagnósticos novos e revisados são salientados na parte deste livro chamada **O que é novo na edição 2015-2017 de *Diagnósticos e classificação*?**

Quando revisei os códigos eletrônicos informados neste livro, percebi a falta de alguns – isso significa que alguns diagnósticos estão faltando?

Não, os códigos que faltam representam os que não foram designados, aposentados ou removidos da taxonomia com o tempo. Códigos não são reutilizados; eles são aposentados com o diagnóstico. Da mesma forma, códigos não designados jamais são usados

posteriormente, fora de sequência; simplesmente, ficam para sempre sem ser designados.

Quando um diagnóstico é revisado, como saber o que foi mudado? Percebi mudanças em alguns diagnósticos, mas eles não estão arrolados como revisões – por quê?

A seção **O que é novo na edição 2015-2017 dos Diagnósticos e classificação?** traz informações pormenorizadas sobre mudanças feitas nesta edição. A melhor maneira, porém, de conhecer cada mudança é comparar a edição atual com a anterior. Não listamos todas as mudanças feitas ao padronizarmos termos para indicadores diagnósticos; nem essas mudanças foram consideradas revisões mais do que mudanças editoriais. Foi enfatizado, durante este ciclo, que fosse dada continuidade ao trabalho anterior de aperfeiçoamento e padronização de termos de características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. Esse trabalho possibilitou a codificação desses termos de modo a facilitar o desenvolvimento de uma estrutura de coleta de dados no prontuário eletrônico de saúde. Trata-se de um trabalho ainda em curso, já que existem < 5.600 indicadores diagnósticos na terminologia (características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco), exigindo uma atividade lenta e metódica de modo a garantir que as mudanças não causem impacto no significado pretendido dos termos. A edição 2015-2017 traz a primeira padronização e codificação completa desses termos (os códigos estão disponíveis no *site* da NANDA-I).

Por que não são todos os diagnósticos que mostram um nível de evidências (LOE-level of evidence)?

A NANDA International só começou a usar critérios de nível de evidências (LOE) em 2002; assim, diagnósticos que ingressaram na taxonomia antes desse ano não mostram critérios LOE, uma vez que nenhum foi identificado na ocasião do envio dos diagnósticos à apreciação. Todos os que existiam na taxonomia em 2002 foram “abençoados como netos” ao entrarem na taxonomia, com os que não atendiam a critérios, sem qualquer dúvida (p. ex., sem fatores relacionados identificados, múltiplos focos diagnósticos, etc.), tornando-se alvo de revisão ou remoção nas próximas edições. O último desses diagnósticos está sendo retirado nesta edição. Encorajamos, com veemência, um trabalho com diagnósticos antigos para levá-los a um nível de evidências coerente com um LOE mínimo de 2.1 para sua manutenção na terminologia e colocação na estrutura taxonômica.

O que houve com a bibliografia? Por que a NANDA-I não imprimiu as usadas para todos os diagnósticos?

A NANDA-I começou a publicar a bibliografia, solicitando às pessoas que enviam material à apreciação que identificassem suas três referências bibliográficas mais importantes. Na edição de 2009-2011, começamos a publicar a lista bibliográfica completa devido ao grande número de pedidos recebidos em relação à literatura submetida a uma revisão para diagnósticos diferentes. Escutamos atualmente de muitas pessoas que elas preferem ter acesso *on-line* à bibliografia e não no livro. Também há preocupações surgidas sobre o impacto ambiental de um livro com mais páginas, com recomendações para que as informações específicas a pesquisadores e profissionais da informática sejam publicadas no *site* da NANDA-I para quem quer acesso a elas. Após

uma discussão, determinamos que esse seria o melhor rumo de nossos atos, considerados os propósitos deste texto. Assim, toda a bibliografia para todos os diagnósticos será localizada na base de conhecimentos do *site* da NANDA-I (www.nanda.org), além do *site* de acompanhantes do livro, possibilitando o acesso para busca e recuperação dessas informações.

Referências

- Anderson, C. A., Keenan, G., & Jones, J. (2009). Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27(2), 82–90.
- Bernhard-Just, A., Hillewerth, K., Holzer-Pruss, C., Paprotny, M., & Zimmermann Heinrich, H. (2009). Die elektronische Anwendung der NANDA-, NOC- und NIC – Klassifikationen und Folgerungen für die Pflegepraxis. *Pflege*, 22(6), 443–454.
- Kamitsuru, S. (2008). *Kango shindan seminar shiryō* [Nursing diagnosis seminar handout]. Kango Laboratory (Japanese).
- Keenan, G., Tschannen, D., & Wesley, M. L. (2008). Standardized nursing terminologies can transform practice. *Journal of Nursing Administration*, 38(3), 103–106.
- Lunney, M. (2006). NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electronic health record with elementary school children. *Journal of School Nursing*, 22(2), 94–101.
- Lunney, M. (2008). Critical need to address accuracy of nurses' diagnoses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1).
- Lunney, M., Delaney, C., Duffy, M., Moorhead, S., & Welton, J. (2005). Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 1–3.
- Müller-Staub, M. (2007). *Evaluation of the implementation of nursing diagnostics: A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation*. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- Müller-Staub, M. (2009). Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. *Studies in health technology and informatics. Connecting Health and Humans*, 146, 337–341.
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 702–713.
- Rencic, J. (2011). Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Medical Teacher*, 33(11), 887–892.
- Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., ... & Wilkie, D. J. (2013). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International journal of nursing studies*.

Parte 3

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International

Considerações Internacionais sobre o uso da Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I

T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI

Conforme observado anteriormente, a NANDA International iniciou como uma organização norte-americana, com os primeiros diagnósticos desenvolvidos, basicamente, por enfermeiros dos Estados Unidos e do Canadá. Nos últimos 20 anos, porém, ocorreu um envolvimento crescente de enfermeiros de todo o mundo, e a lista de membros da NANDA-I envolve hoje cerca de 40 países, com quase dois terços de seus afiliados com origem em países fora da América do Norte. São realizados trabalhos em todos os continentes com o uso dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, em currículos, prática clínica, pesquisa e aplicativos eletrônicos. O desenvolvimento e aperfeiçoamento dos diagnósticos são processos contínuos em vários países.

Como reflexo dessa crescente atividade, contribuição e uso internacionais, a *North American Nursing Diagnosis Association* tornou-se uma organização internacional, desde 2002, quando ocorreu a troca do nome para **NANDA International, Inc.** Assim, solicitamos que você **não se refira à organização como North American Nursing Diagnosis Association (ou como North American Nursing Diagnosis Association International)**, a não ser que se refira a algo ocorrido antes de 2002 – simplesmente, tal nome não reflete nosso alcance internacional, não sendo também o nome legal da organização. Conservamos “NANDA” no nome devido ao status na profissão de enfermeiro; assim, pense nesse nome mais como uma marca do que um acrônimo, já que não mais responde pelo nome original.

Como a NANDA-I está sendo adotada cada vez mais no mundo inteiro, devem ser abordadas questões relativas a diferenças no alcance da prática da enfermagem, à diversidade dos modelos de prática da enfermagem, a leis e regulamentos divergentes, à competência dos enfermeiros e a diferenças educacionais. No *Think Tank Meeting* de 2009, que incluiu 86 pessoas representando 16 países, ocorreram discussões importantes sobre a melhor maneira de lidar com esses e outros assuntos. Enfermeiros de alguns países não conseguem utilizar diagnósticos de enfermagem de natureza mais fisiológica, porque estes estão em conflito com o atual alcance da prática desses profissionais. Em outros países, os enfermeiros têm regulamentos para garantir que tudo que seja feito na prática da enfermagem possa ser demonstrado com base em evidências. Assim, os profissionais da enfermagem enfrentam dificuldades com os diagnósticos de enfermagem mais antigos e/ou as intervenções associadas, que não encontram suporte em um nível sólido de pesquisas na literatura. Em consequência, houve debates com lideranças internacionais acerca do uso e da pesquisa de diagnósticos de enfermagem em busca de um rumo que atenda às necessidades da comunidade mundial.

Esses debates resultaram em uma decisão unânime de manter a taxonomia como um corpo de conhecimento intacto em todos os idiomas, de modo a permitir que enfermeiros no mundo todo vejam, discutam e levem em conta conceitos diagnósticos em uso por

profissionais em seu país e fora dele, e que envolvam-se em debates, pesquisas e discussões sobre a adequação de todos os diagnósticos. O relato completo do *Think Tank Summit* pode ser encontrado na internet (www.nanda.org). Queremos trazer aqui, no entanto, um enunciado crítico acordado no *Summit*, antes da apresentação dos próprios diagnósticos de enfermagem.

Nem todos os diagnósticos na taxonomia da NANDA-I são adequados a todos os enfermeiros em suas práticas – e nunca foi assim. Alguns são bastante específicos a especializações, não sendo, necessariamente, utilizados por todos os enfermeiros na prática clínica... Há diagnósticos na taxonomia que podem se situar fora do âmbito ou dos padrões de prática da enfermagem de determinada área geográfica na qual atuam os enfermeiros.

Esses diagnósticos não seriam apropriados à prática nessas situações, não devendo ser usados, quando situados fora do âmbito ou dos padrões de prática da enfermagem, em determinada região geográfica. No entanto, seria adequado que permanecessem visíveis na taxonomia, uma vez que ela representa os julgamentos clínicos feitos por enfermeiros em todo o mundo, e não apenas os feitos em determinada região ou país. Todos os profissionais devem conhecer os padrões e o alcance da prática e trabalhar em conformidade com eles, com a legislação ou os regulamentos adstritos à sua licença profissional. Mas importante também é que todos esses profissionais conheçam as áreas de prática da enfermagem existentes no mundo todo, já que esse conhecimento embasa discussões e pode, com o tempo, oferecer evidências de apoio à retirada de diagnósticos da taxonomia atual, algo que não ocorreria se eles não fossem traduzidos.

Finalizando, os enfermeiros devem identificar os diagnósticos apropriados à sua área de atuação, situados no âmbito de sua prática ou em conformidade com os regulamentos legais, para os quais esses profissionais têm competência. Educadores, especialistas clínicos e administradores de enfermagem são fundamentais para garantir que os enfermeiros realmente conheçam os diagnósticos localizados fora do âmbito de sua prática, em determinada região geográfica. Há uma multiplicidade de livros de consulta, em vários idiomas, que incluem toda a taxonomia da NANDA-I; a retirada de diagnósticos pela NANDA-I, em cada país, sem dúvida causaria grande confusão mundial. A publicação da taxonomia não exige, de forma alguma, que um enfermeiro utilize todos os diagnósticos que a compõem; isso também não é justificativa para uma prática fora do alcance da licença ou dos regulamentos de prática de cada profissional da enfermagem.

Domínio 1

Promoção da Saúde

00097

Atividade de recreação deficiente

(1980)

Definição

Estimulação (interesse ou envolvimento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.

Características definidoras

- Tédio
- O local atual não possibilita envolvimento em atividades

Fatores relacionados

- Atividades de recreação insuficientes
- Extremos de idade
- Hospitalização prolongada
- Institucionalização prolongada

00168

Estilo de vida sedentário

(2004, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade
- Falta de condicionamento físico
- Preferência por atividades com pouco exercício físico

Fatores relacionados

- Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde
- Interesse insuficiente pela atividade física
- Motivação insuficiente para a atividade física
- Recursos insuficientes para a atividade física
- Treinamento insuficiente para fazer exercício físico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00079

Falta de adesão

(1973, 1996, 1998)

Definição

Comportamento da pessoa e/ou do cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos.

Características definidoras

- Complicação relativa ao desenvolvimento
- Comportamento de falta de adesão
- Exacerbação de sintomas
- Falha em alcançar os resultados
- Falta a compromissos agendados

Fatores relacionados

Sistema de saúde

- Acesso inadequado ao atendimento
- Acompanhamento insuficiente com o provedor
- Baixa credibilidade percebida do provedor
- Baixa satisfação com o cuidado
- Cobertura insuficiente do seguro de saúde
- Descontinuidade do provedor
- Dificuldade de relacionamento cliente-provedor
- Habilidade de ensino insuficiente do provedor
- Habilidades de comunicação do provedor ineficazes
- Inconveniência do atendimento
- Reembolso insuficiente do provedor

Plano de cuidado à saúde

- Barreiras financeiras
- Duração prolongada do regime
- Intensidade do regime
- Regime de tratamento complexo
- Regime de tratamento de alto custo

Individuais

- Apoio social insuficiente
- Conhecimento insuficiente sobre o regime
- Crenças de saúde incompatíveis com o plano
- Expectativas incompatíveis com a fase de desenvolvimento
- Habilidades insuficientes para implementar o regime
- Incompatibilidade cultural
- Motivação insuficiente
- Valores espirituais incompatíveis com o plano
- Valores incompatíveis com o plano

Rede

- Baixo valor social atribuído ao plano
- Envolvimento insuficiente de membros no plano
- Percepção de que as crenças de pessoa significativa diferem do plano

00188

Comportamento de saúde propenso a risco

(1986, 1998, 2006, 2008, LOE 2.1)

Definição

Capacidade prejudicada de modificar estilo de vida/comportamentos de forma a melhorar o estado de saúde.

Características definidoras

- Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde
- Falha em alcançar um ótimo senso de controle
- Minimiza mudança no estado de saúde
- Não aceitação da mudança no estado de saúde

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Apoio social insuficiente
- Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde
- Baixa autoeficácia
- Compreensão inadequada
- Desvantagem econômica
- Estressores
- Tabagismo

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00080

Controle da saúde familiar ineficaz

(1992, 2013)

Definição

Padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde.

Características definidoras

- Aceleração dos sintomas da doença de um membro da família
- Atividades familiares inadequadas para atingir as metas de saúde
- Dificuldade com o regime prescrito
- Falha em agir para reduzir fatores de risco
- Redução da atenção à doença

Fatores relacionados

- Complexidade do sistema de saúde
- Conflito de decisão
- Conflito familiar
- Dificuldades econômicas
- Regime de tratamento complexo

00078

Controle ineficaz da saúde

(1994, 2008, LOE 2.1)

Definição

Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde.

Características definidoras

- Dificuldade com o regime prescrito
- Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde
- Falha em agir para reduzir fatores de risco
- Falha em incluir o regime de tratamento à vida diária

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Barreira percebida
- Benefício percebido
- Complexidade do sistema de saúde
- Conflito de decisão
- Conflito familiar
- Conhecimento insuficiente do regime terapêutico
- Demandas excessivas
- Desvantagem econômica
- Gravidade da condição percebida
- Impotência
- Número inadequado de indícios de ação
- Padrão familiar de cuidados de saúde
- Regime de tratamento complexo
- Suscetibilidade percebida

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Disposição para controle da saúde melhorado

(2002, 2010, 2013, LOE 2.1)

Definição

Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a condição de vacinação/imunização
- Expressa desejo de melhorar escolhas da vida cotidiana para alcançar as metas
- Expressa desejo de melhorar o controle da doença
- Expressa desejo de melhorar o controle dos fatores de risco
- Expressa desejo de melhorar o controle dos regimes prescritos
- Expressa desejo de melhorar o controle dos sintomas

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00099

Manutenção ineficaz da saúde

(1982)

Definição

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

Características definidoras

- Apoio social insuficiente
- Ausência de comportamentos de adaptação a mudanças ambientais
- Ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde
- Conhecimentos insuficientes relativos a práticas básicas de saúde
- Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde
- Padrão de ausência de comportamento de busca de saúde

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Habilidades de comunicação prejudicadas
- Habilidades motoras finas diminuídas
- Habilidades motoras grossas diminuídas
- Insuficiência de recursos (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimento)
- Pesar complicado
- Prejuízo perceptivo
- Sofrimento espiritual
- Tarefas do desenvolvimento não atingidas
- Tomada de decisão prejudicada

00043

Proteção ineficaz

(1990)

Definição

Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.

Características definidoras

- Alteração da coagulação
- Alteração na transpiração
- Anorexia
- Calafrios
- Deficiência na imunidade
- Desorientação
- Dispneia
- Fadiga
- Fraqueza
- Imobilidade
- Inquietação
- Insônia
- Prejuízo neurossensorial
- Prurido
- Resposta mal-adaptada ao estresse
- Tosse
- Úlcera por pressão

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Agente farmacológico
- Câncer
- Distúrbios imunológicos (p. ex., neuropatia associada a HIV, vírus da varicela- zóster)
- Extremos de idade
- Nutrição inadequada
- Perfil sanguíneo anormal
- Regime de tratament

00215

Saúde deficiente da comunidade

(2010; LOE 2.1)

Definição

Presença de um ou mais problemas de saúde ou fatores que impedem o bem-estar, ou aumentam o risco de problemas de saúde vivenciados por um membro.

Características definidoras

- Ausência de programa disponível para eliminar problema(s) de saúde para um membro ou população
- Ausência de programa disponível para melhorar o bem-estar de um membro ou população
- Ausência de programa disponível para prevenir problema(s) de saúde para um membro ou população
- Ausência de programa disponível para reduzir problema(s) de saúde para um membro ou população
- Problema de saúde vivenciado por membros ou populações
- Risco de estados fisiológicos vivenciados por membros ou populações
- Risco de estados psicológicos vividos por membros ou populações
- Risco de hospitalização vivenciado por membros ou populações

Fatores relacionados

- Acesso insuficiente a provedores de cuidados de saúde
- Falta de especialistas na comunidade
- Programa com apoio social inadequado
- Programa com dados inadequados de resultados
- Programa com orçamento inadequado
- Programa com plano de avaliação inadequado
- Programa trata do problema de saúde de forma parcial
- Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimento)
- Satisfação inadequada do consumidor com o programa

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00257

Síndrome do idoso frágil

(2013; LOE 2.1)

Definição

Estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais de um domínio de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva a aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular, a incapacidade.

Características definidoras

- Deambulação prejudicada (00088)
- Débito cardíaco diminuído (00029)
- Déficit no autocuidado para alimentação (00102)
- Déficit no autocuidado para banho (00108)
- Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110)
- Déficit no autocuidado para vestir-se (00109)
- Desesperança (00124)
- Fadiga (00093)
- Intolerância à atividade (00092)
- Isolamento social (00053)
- Memória prejudicada (00131)
- Mobilidade física prejudicada (00085)
- Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Desnutrição
- Doença crônica
- Estilo de vida sedentário
- História de quedas
- Hospitalização prolongada
- Morar sozinho
- Obesidade sarcopênica
- Sarcopenia
- Transtorno psiquiátrico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00231

Risco de síndrome do idoso frágil

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais de um domínio de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva a aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular, a incapacidade.

Fatores de risco

- Alteração na função cognitiva
- Anorexia
- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade
- Baixo nível educacional
- Caminhada de 4 metros requer mais que 5 segundos
- Déficit sensorial (p. ex., visual, auditivo)
- Depressão
- Desnutrição
- Desvantagem financeira
- Disfunção na regulação endócrina (p.ex., intolerância à glicose, aumento no IGF-1, androgênio, DHEA e cortisol)
- Doença crônica
- Equilíbrio prejudicado
- Espaço de vida limitado
- Estilo de vida sedentário
- Etnia diferente da caucasiana
- Exaustão
- Fraqueza muscular
- Gênero feminino
- História de quedas
- Hospitalização prolongada
- Idade > 70 anos
- Imobilidade
- Intolerância à atividade
- Isolamento social
- Medo de queda

- Mobilidade prejudicada
- Morar sozinho
- Obesidade
- Obesidade sarcopênica
- Perda não intencional de 25% do peso corporal em um ano
- Perda não intencional do peso > 4,5 kg em um ano
- Processo de coagulação alterado (p.ex., Fator VII, D-dímero)
- Redução da concentração sérica de 25-hidroxivitamina D
- Redução da energia
- Redução na força muscular
- Resposta inflamatória suprimida (p. ex., IL-6, PCR)
- Sarcopenia
- Tristeza
- Vulnerabilidade social (p. ex., ausência de poder, redução do controle da vida)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Domínio 2

Nutrição

Padrão ineficaz de alimentação do lactente

(1992, 2006, LOE 2.1)

Definição

Capacidade prejudicada de um lactente de sugar ou de coordenar a resposta sucção/deglutição, resultando em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas.

Características definidoras

- Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração
- Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz
- Incapacidade de manter uma sucção eficaz

Fatores relacionados

- Deformidade orofaríngea
- Estado de jejum oral prolongado (NPO)
- Hipersensibilidade oral
- Prejuízo neurológico (p. ex., eletrencefalograma [EEG] positivo, trauma encefálico, transtornos convulsivos)
- Prematuridade
- Retardo neurológico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Amamentação ineficaz

(1988, 2010, 2013, LOE 2.2)

Definição

Dificuldade para oferecer o leite a um lactente ou criança pequena diretamente das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente/criança.

Características definidoras

- Arqueamento do bebê quando na mama
- Ausência de ganho de peso do lactente
- Ausência de resposta do lactente a outras medidas de conforto
- Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação
- Fezes inadequadas do lactente
- Incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente
- Lactente chora ao ser posto na mama
- Lactente chora na primeira hora após a amamentação
- Lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação
- Perda de peso do lactente sustentada
- Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação
- Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar
- Sinais insuficientes de liberação de ocitocina
- Sucção na mama não sustentada
- Suprimento de leite inadequado percebido

Fatores relacionados

- Alimentações suplementares com bico artificial
- Ambivalência materna
- Anomalia da mama
- Ansiedade materna
- Apoio familiar insuficiente
- Cirurgia prévia da mama
- Conhecimento insuficiente dos pais sobre a importância da amamentação
- Conhecimento insuficiente dos pais sobre técnicas de amamentação
- Defeito orofaríngeo
- Dor materna
- Fadiga materna
- História anterior de insucesso na amamentação
- Interrupção na amamentação

- Licença maternidade curta
- Obesidade materna
- Oportunidade insuficiente para sugar a mama
- Prematuridade
- Reflexo de sucção do lactente insatisfatório
- Retardo da lactogênese II
- Suprimento de leite inadequado
- Uso da chupeta

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Amamentação interrompida

(1992, 2013, LOE 2.2)

Definição

Quebra na continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena, direto das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente/criança.

Características definidoras

- Amamentação não exclusiva

Fatores relacionados

- Contraindicações à amamentação (p. ex., agentes farmacológicos)
- Doença da mãe
- Doença do lactente
- Emprego materno
- Hospitalização da criança
- Necessidade de desmamar abruptamente o lactente
- Prematuridade
- Separação mãe-lactente

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Disposição para amamentação melhorada

(1990, 2010, 2013, LOE 2.2)

Definição

Padrão de oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena diretamente das mamas que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Mãe expressa o desejo de melhorar a capacidade de amamentar com exclusividade
- Mãe expressa o desejo de melhorar a capacidade de oferecer o leite materno às necessidades nutricionais da criança

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Deglutição prejudicada

(1986, 1998)

Definição

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

Características definidoras

Primeiro estágio: oral

- Ação ineficaz da língua na formação do bolo alimentar
- Acúmulo de bolo alimentar nos sulcos laterais
- Alimento cai da boca
- Alimento é empurrado para fora da boca
- Asfixia antes de deglutir
- Babar
- Deglutição aos pedaços
- Engasgo antes de deglutir
- Entrada prematura do bolo alimentar
- Fase oral anormal, segundo o estudo da deglutição
- Fechamento incompleto dos lábios
- Formação prolongada do bolo alimentar
- Incapacidade de limpar a cavidade oral
- Mastigação insuficiente
- “Pega” ineficaz
- Refluxo nasal
- Sucção ineficaz
- Tempo de refeição prolongado com consumo insuficiente
- Tosse antes de deglutir

Segundo estágio: faríngeo

- Alteração na posição da cabeça
- Asfixia
- Deglutição repetida
- Deglutição retardada
- Elevação inadequada da laringe
- Fase faríngea anormal, segundo o estudo da deglutição
- Febres de etiologia desconhecida
- Infecção pulmonar recorrente
- Qualidade gorgolejante da voz

- Recusa do alimento
- Refluxo nasal
- Sensação de engasgo
- Tosse

Terceiro estágio: esofágico

- Acordar durante a noite
- Azia
- Bruxismo
- Deglutição repetida
- Dificuldade para deglutir
- Dor epigástrica
- Fase esofágica anormal, segundo o estudo da deglutição
- Hálito com odor ácido
- Hematêmese
- Hiperextensão da cabeça
- Irritabilidade sem explicação nas proximidades dos horários das refeições
- Limitação de volume
- Odinofagia
- Recusa do alimento
- Regurgitação
- Relatos de “algo entalado”
- Tosse durante a noite
- Vômito
- Vômito no travesseiro

Fatores relacionados

Déficits congênitos

- Anormalidade de via aérea superior
- Comportamento autolesivo
- Condição respiratória
- Condições com hipotonia significativa
- Desnutrição proteico-calórica
- Doença cardíaca congênita
- História de alimentação por sonda
- Insuficiência para se desenvolver
- Obstrução mecânica
- Prejuízo neuromuscular
- Problemas de alimentação relacionados ao comportamento

Problemas neurológicos

- Acalasia
- Anormalidade de vias aéreas superiores
- Anormalidades da laringe

- Anormalidades orofaríngeas
- Atraso no desenvolvimento
- Comprometimento do nervo craniano
- Defeitos anatômicos adquiridos
- Defeitos laríngeos
- Defeitos nas cavidades nasofaríngeas
- Defeitos nasais
- Defeitos traqueais
- Doença do refluxo esofágico
- Lesão encefálica (p. ex., prejuízo vascular-encefálico, doença neurológica, trauma, tumor)
- Paralisia cerebral
- Prematuridade
- Problemas neurológicos
- Traum

00216

Leite materno insuficiente

(2010, LOE 2.1)

Definição

Baixa produção de leite materno.

Características definidoras

Lactente

- Aumento do peso inferior a 500 g em um mês
- Busca sugar a mama com frequência
- Choro frequente
- Constipação
- Elimina pequenas quantidades de urina concentrada
- Elimina quantidades pequenas de urina concentrada
- Longo tempo de amamentação
- Recusa sugar a mama
- Tempo de sucção na mama parece insatisfatório

Mãe

- Ausência de leite com estimulação do mamilo
- Retardo na produção de leite
- Volume de leite materno retirado é inferior ao volume prescrito

Fatores relacionados

Lactente

- Oportunidade insuficiente de sugar a mama
- Pegada ineficaz do seio materno
- Reflexo de sucção ineficaz
- Rejeição da mama
- Tempo de sucção na mama insuficiente

Mãe

- Consumo de álcool
- Desnutrição
- Gestação
- Regime de tratamento
- Tabagismo
- Volume de líquidos insuficiente

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00002

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

(1975, 2000)

Definição

Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas.

Características definidoras

- Alteração no paladar
- Aversão ao alimento
- Cavidade bucal ferida
- Cólicas abdominais
- Diarreia
- Dor abdominal
- Fragilidade capilar
- Fraqueza dos músculos necessários à deglutição
- Fraqueza dos músculos necessários à mastigação
- Incapacidade percebida de ingestão de alimentos
- Informações erradas
- Informações insuficientes
- Ingestão de alimentos menor que a PDR (porção diária recomendada)
- Interesse insuficiente pelos alimentos
- Mucosas pálidas
- Percepções erradas
- Perda de peso com ingestão adequada de alimentos
- Perda excessiva de pelos
- Peso do corpo 20% ou mais abaixo do ideal
- Saciedade imediatamente após a ingestão de alimentos
- Sons intestinais hiperativos
- Tônus muscular insuficiente

Fatores relacionados

- Desvantagem econômica
- Fatores biológicos
- Incapacidade de absorver nutrientes
- Incapacidade de digerir os alimentos
- Incapacidade de ingerir os alimentos

- Ingestão alimentar insuficiente
- Transtorno psicológico

00163

Disposição para **nutrição** melhorada

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de ingestão de nutrientes que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a nutrição

Obesidade

(2013; LOE 2.2)

Definição

Condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para a idade e o sexo, que excede o sobrepeso.

Características definidoras

- ADULTO: $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$
- CRIANÇA < 2 anos: termo não usado com crianças dessa idade
- CRIANÇA 2-18 anos: $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ou $>$ percentil 95 para a idade e o sexo

Fatores relacionados

- Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade
- Atividade física diária é inferior à recomendada para o sexo e a idade
- Aumento rápido de peso durante a infância
- Aumento rápido de peso enquanto lactante, inclusive a primeira semana, os quatro primeiros meses e o primeiro ano
- Baixa ingestão alimentar de cálcio em crianças
- Comportamento sedentário por mais que 2 horas/dia
- Comportamentos alimentares inadequados
- Consumo de bebidas açucaradas
- Consumo excessivo de álcool
- Desvantagem econômica
- Diabetes melito materno
- Distúrbio do sono
- Distúrbio genético
- Escore elevado de desinibição e comportamento de contenção alimentar
- Frequência elevada a restaurantes e consumo de frituras
- Gasto de energia abaixo da ingestão, com base em um instrumento padrão (p. ex., instrumento WAVE*)
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Herança de fatores inter-relacionados (p. ex., distribuição de tecido adiposo, atividade energética, síntese de lipídeos, atividade lipase lipoproteína, lipólise)
- Lactentes alimentados com fórmula ou alimentação mista
- Medo relativo à falta de suprimento de alimentos
- Obesidade paterna/materna
- Percepções alimentares desordenadas

- Pubarca precoce
 - Sobrepeso na infância
 - Tabagismo materno
 - Tamanhos de porções maiores que o recomendado
 - Tempo de sono reduzido
-

* Instrumento WAVE: peso, atividade, variedade na dieta, excesso.

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Sobrepeso

(2013; LOE 2.2)

Definição

Condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para a idade e o gênero.

Características definidoras

- ADULTO: $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$
- CRIANÇA < 2 anos: peso para a altura $>$ percentil 95
- CRIANÇA 2-18 anos: $IMC >$ percentil 85 ou 25 kg/m^2 , mas $<$ percentil 95 ou 25 kg/m^2 conforme idade e gênero

Fatores relacionados

- Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade
- Alta frequência a restaurantes e consumo de frituras
- Atividade física média diária é menor que a recomendada para o gênero e a idade
- Aumento rápido do peso durante a infância
- Aumento rápido do peso enquanto lactente, inclusive na primeira semana, primeiros quatro meses e primeiro ano
- Baixa ingestão de cálcio alimentar nas crianças
- Comportamento sedentário que ocorre por mais de 2 horas/dia
- Comportamentos alimentares inadequados desordenados (p.ex., comer em demasia, controle exagerado do peso)
- Consumo de bebidas açucaradas
- Consumo excessivo de álcool
- Desvantagem econômica
- Diabetes melito da mãe
- Distúrbio do sono
- Distúrbio genético
- Escore elevado de desinibição e comportamento de contenção alimentar
- Gasto de energia abaixo da ingestão de energia, com base em um instrumento padrão (p. ex., instrumento WAVE*)
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Herança de fatores inter-relacionados (p. ex., distribuição do tecido adiposo, gasto de energia, atividade lipase lipoproteína, síntese de lipídeos, lipólise)
- Lactentes alimentados com fórmula ou dieta mista
- Medo relativo à falta de alimentos

- Obesidade na infância
- Obesidade paterna/materna
- Percepções alimentares desordenadas inadequadas
- Pubarca precoce
- Tabagismo materno
- Tamanhos de porções maiores que os recomendados
- Tempo reduzido de sono

* Instrumento WAVE: peso, atividade, variedade na dieta, excesso.

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de sobrepeso

(2013; LOE 2.2)

Definição

Vulnerabilidade a acúmulo anormal ou excessivo de gordura para a idade e o sexo, capaz de comprometer a saúde.

Fatores de risco

- ADULTO: IMC aproxima-se de 25 kg/m²
- CRIANÇA < 2 anos: peso para a altura próximo do percentil 95
- CRIANÇA 2-18 anos: IMC que se aproxima do percentil 85, ou 25 kg/m²
- Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade
- Atividade física diária é inferior à recomendada para o sexo e a idade
- Aumento rápido do peso durante a infância
- Aumento rápido do peso enquanto lactente, inclusive na primeira semana, quatro primeiros meses e primeiro ano
- Baixo consumo alimentar de cálcio nas crianças
- Comer em resposta a indicadores externos (p. ex., hora do dia, situações sociais)
- Comer em resposta a indicadores internos que não a fome (p. ex., ansiedade)
- Comportamento sedentário que ocorre por mais que de 2 horas/dia
- Comportamentos alimentares desordenados inadequados (p. ex., comer em demasia, controlar exageradamente o peso)
- Consumo de bebidas açucaradas
- Consumo excessivo de álcool
- Crianças com percentis de IMC elevados
- Crianças que estão ultrapassando percentis de IMC
- Desvantagem econômica
- Diabetes melito materno
- Distúrbio do sono
- Distúrbio genético
- Escore elevado de desinibição e comportamento de contenção alimentar
- Frequência alta a restaurantes e consumo de frituras
- Gasto de energia abaixo da ingestão de energia, com base em instrumento padrão (p. ex., instrumento WAVE*)
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Herança de fatores inter-relacionados (p. ex., distribuição do tecido adiposo, gasto de energia, atividade lipase lipoproteína, síntese de lipídeos, lipólise)
- Lactentes alimentados com fórmula ou dieta mista

- Medo relativo à falta de alimentos
- Obesidade na infância
- Obesidade paterna/materna
- Percepções alimentares desordenadas inadequadas
- Peso basal mais alto no início de cada gestação
- Pubarca precoce
- Tabagismo materno
- Tamanhos das porções maiores que os recomendados
- Tempo de sono reduzido

* Instrumento WAVE: peso, atividade, variedade na dieta, excesso.

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00178

Risco de função hepática prejudicada

(2006, 2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à diminuição na função hepática que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Agente farmacológico
- Coinfecção com HIV
- Infecção viral

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00179

Risco de glicemia instável

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à variação dos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação à variação normal, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração no estado mental
- Atividade física diária média é menor que a recomendada para a idade e o gênero
- Atraso no desenvolvimento cognitivo
- Aumento de peso excessivo
- Condição de saúde física comprometida
- Conhecimento insuficiente do controle da doença
- Controle ineficaz de medicamentos
- Controle insuficiente do diabetes
- Estresse excessivo
- Falta de aceitação do diagnóstico
- Falta de adesão ao plano de controle do diabetes
- Gravidez
- Ingestão alimentar insuficiente
- Monitoração inadequada da glicemia
- Perda de peso excessiva
- Período rápido de crescimento

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00194

Icterícia neonatal

(2008, 2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Coloração amarelo-alaranjada da pele e das mucosas do neonato que ocorre após 24 horas de vida como resultado da bilirrubina não conjugada na circulação.

Características definidoras

- Esclerótica amarelada
- Hematomas e equimoses na pele
- Mucosas amareladas
- Pele amarelo-alaranjada
- Perfil sanguíneo anormal

Fatores relacionados

- Atraso na eliminação do mecônio
- Dificuldade de realizar a transição à vida extrauterina
- Idade ≤ 7 dias
- Padrão de alimentação deficiente
- Perda de peso não intencional

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de icterícia neonatal

(2010, LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à coloração amarelo-alaranjada da pele e mucosa do neonato, que ocorre após 24 horas de vida em consequência de bilirrubina não conjugada na circulação, e pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Atraso na eliminação do mecônio
- Dificuldade de realizar a transição à vida extrauterina
- Idade do neonato ≤ 7 dias
- Padrão alimentar não está bem estabelecido
- Perda de peso anormal (maior que 7 a 8% em recém-nascido sob aleitamento materno; 15% em recém-nascido sem aleitamento materno)
- Prematuridade

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00195

Risco de desequilíbrio eletrolítico

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos capaz de comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Diarreia
- Disfunção reguladora endócrina (p.ex., intolerância à glicose, aumento do fator de crescimento semelhante à insulina 1 [IGF-1], androgênio, desidroepiandrosterona [DHEA] e cortisol)
- Disfunção renal
- Mecanismo regulador comprometido
- Regime de tratamento
- Volume de líquido excessivo
- Volume de líquido insuficiente
- Vômito

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00160

Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de equilíbrio entre o volume de líquidos e a composição química dos líquidos corporais que pode ser reforçado.

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar o equilíbrio de líquidos

Volume de líquidos deficiente

(1978, 1996)

Definição

Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio.

Características definidoras

- Alteração do turgor da pele
- Alteração no estado mental
- Aumento da temperatura corporal
- Aumento na concentração urinária
- Aumento na frequência cardíaca
- Diminuição da pressão de pulso
- Diminuição da pressão sanguínea
- Diminuição do débito urinário
- Diminuição do enchimento venoso
- Diminuição do turgor da língua
- Diminuição do volume do pulso
- Elevação do hematócrito
- Fraqueza
- Mucosas secas
- Pele seca
- Perda súbita de peso
- Sede

Fatores relacionados

- Mecanismo regulador comprometido
- Perda ativa de volume de líquido

00028

Risco de volume de líquidos deficiente

(1978, 2010, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacológico
- Barreira ao acesso a líquidos
- Conhecimentos insuficientes sobre as necessidades de líquido
- Desvios que afetam a absorção de líquidos
- Desvios que afetam a ingestão de líquidos
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Fatores que influenciam a necessidade de líquidos
- Mecanismo regulador comprometido
- Perda ativa de volume de líquidos
- Perda de líquido por vias anormais
- Perda excessiva de líquido por vias normais

00026

Volume de líquidos excessivo

(1982, 1996, 2013)

Definição

Retenção aumentada de líquidos isotônicos.

Características definidoras

- Alteração na gravidade específica da urina
- Alteração na pressão arterial pulmonar (PAP)
- Alteração na pressão sanguínea
- Alteração no estado mental
- Alteração no padrão respiratório
- Anasarca
- Ansiedade
- Azotemia
- Congestão pulmonar
- Derrame pleural
- Desequilíbrio eletrolítico
- Dispneia
- Dispneia noturna paroxísmica
- Distensão da veia jugular
- Edema
- Ganho de peso em um curto período
- Hematócrito diminuído
- Hemoglobina diminuída
- Hepatomegalia
- Ingestão maior que a eliminação
- Inquietação
- Oliguria
- Ortopneia
- Presença da 3ª bulha cardíaca (B3)
- Pressão venosa central (PVC) aumentada
- Reflexo hepatojugular positivo
- Ruídos respiratórios adventícios

Fatores relacionados

- Ingesta excessiva de líquidos
- Ingesta excessiva de sódio

- Mecanismo regulador comprometido

Risco de volume de líquidos desequilibrado

(1998, 2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular, que pode comprometer a saúde.

Refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais.

Fatores de risco

- Aférese
- Ascite
- Obstrução intestinal
- Pancreatite
- Queimaduras
- Regime de tratamento
- Sepses
- Trauma

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Domínio 3

Eliminação e Troca

00166

Disposição para **eliminação** urinária melhorada

(2002, LOE 2.1)

Definição

Padrão de funções urinárias para satisfazer às necessidades de eliminação que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a eliminação urinária

00016

Eliminação urinária prejudicada

(1973, 2006; LOE 2.1)

Definição

Disfunção na eliminação de urina.

Características definidoras

- Disuria
- Frequência
- Hesitação
- Incontinência urinária
- Noctúria
- Retenção urinária
- Urgência urinária

Fatores relacionados

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

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00017

Incontinência urinária de esforço

(1986, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Perda involuntária de pequeno volume de urina (p. ex., ao tossir, rir, espirrar, fazer esforço)
- Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de contração do detrusor
- Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga

Fatores relacionados

- Aumento na pressão intra-abdominal
- Deficiência intrínseca do esfíncter uretral
- Enfraquecimento da musculatura pélvica
- Mudanças degenerativas da musculatura pélvica

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00019

Incontinência urinária de urgência

(1986, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina
- Perda involuntária de urina com contrações da bexiga
- Perda involuntária de urina com espasmos da bexiga
- Urgência urinária

Fatores relacionados

- Capacidade vesical diminuída
- Consumo de álcool
- Hiperatividade do detrusor, com prejuízo da contratilidade da bexiga
- Impactação fecal
- Infecção da bexiga
- Ingestão de cafeína
- Regime de tratamento
- Uretrite atrófica
- Vaginite atrófica

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00022

Risco de incontinência urinária de urgência

(1998, 2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à passagem involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Consumo de álcool
- Contratilidade da bexiga prejudicada
- Hábitos de higiene íntima ineficazes
- Hiperatividade do detrusor com contratilidade da bexiga prejudicada
- Impactação fecal
- Pequena capacidade vesical
- Regime de tratamento
- Relaxamento involuntário do esfíncter
- Uretrite atrófica
- Vaginite atrófica

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00020

Incontinência urinária funcional

(1986, 1998)

Definição

Incapacidade da pessoa que é geralmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar perda não intencional de urina.

Características definidoras

- Capaz de esvaziar completamente a bexiga
- Incontinência urinária cedo pela manhã
- O tempo entre a sensação de urgência e a capacidade de chegar ao banheiro é muito curto
- Perda de urina antes de alcançar o banheiro
- Sente desejo de urinar

Fatores relacionados

- Alteração em fatores ambientais
- Alteração na função cognitiva
- Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico
- Prejuízo neuromuscular
- Transtorno psicológico
- Visão prejudicada

00176

Incontinência urinária por transbordamento

(2006, LOE 2.1)

Definição

Perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga.

Características definidoras

- Distensão da bexiga
- Elevado volume residual após micção
- Noctúria
- Perda involuntária de pequenos volumes de urina

Fatores relacionados

- Dissinergia detrusor/ esfíncter externo
- Hipocontratilidade do detrusor
- Impactação fecal
- Obstrução da uretra
- Obstrução do colo da bexiga
- Prolapso pélvico grave
- Regime de tratamento

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00018

Incontinência urinária reflexa

(1986, 1998)

Definição

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

Características definidoras

- Ausência de urgência para urinar
- Ausência de sensação de bexiga cheia
- Ausência de sensação para esvaziar a bexiga
- Esvaziamento incompleto da bexiga com lesão acima do centro pontino da micção
- Incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga
- Incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga
- Padrão previsível de esvaziamento da bexiga
- Sensação de enchimento da bexiga
- Sensação de urgência para urinar sem inibição voluntária de contração vesical

Fatores relacionados

- Dano neurológico acima do nível do centro da micção sacral
- Dano neurológico acima do nível do centro pontino da micção
- Dano tecidual

00023

Retenção urinária

(1986)

Definição

Esvaziamento vesical incompleto.

Características definidoras

- Distensão vesical
- Eliminação urinária ausente
- Eliminação urinária pequena
- Frequência
- Gotejamento
- Incontinência por transbordamento
- Sensação de bexiga cheia
- Urina residual

Fatores relacionados

- Alta pressão uretral
- Bloqueio do trato urinário
- Esfíncter muito potente
- Inibição do arco reflex

00011

Constipação

(1975, 1998)

Definição

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

Características definidoras

- Abdome distendido
- Anorexia
- Aumento da pressão intra-abdominal
- Borborigmo
- Cefaleia
- Dor à evacuação
- Dor abdominal
- Esforço para evacuar
- Fadiga
- Fezes duras e formadas
- Fezes líquidas
- Flatulência grave
- Incapacidade para defecar
- Indigestão
- Macicez à percussão abdominal
- Massa abdominal palpável
- Massa retal palpável
- Mudança no padrão intestinal
- Ocorrências atípicas em adultos idosos (p. ex., mudança no estado mental, incontinência urinária, quedas inexplicáveis, temperatura corporal elevada)
- Presença de fezes macias e pastosas no reto
- Redução na frequência das fezes
- Redução no volume das fezes
- Ruídos intestinais hiperativos
- Ruídos intestinais hipoativos
- Sangue vivo nas fezes
- Sensação de preenchimento retal
- Sensação de pressão retal
- Sensibilidade abdominal com resistência muscular palpável
- Sensibilidade abdominal sem resistência muscular palpável

- Vômito

Fatores relacionados

Funcionais

- Atividade física diária média inferior à recomendada para a idade e o gênero
- Fraqueza dos músculos abdominais
- Hábitos de evacuação irregulares
- Hábitos de higiene íntima inadequados
- Ignorar habitualmente a urgência para evacuar
- Mudança ambiental recente

Mecânicos

- Abscesso retal
- Aumento da próstata
- Desequilíbrio eletrolítico
- Doença de Hirschsprung
- Estenose retoanal
- Fissura retoanal
- Gravidez
- Hemorroidas
- Lesão neurológica (p. ex., EEG positivo, trauma encefálico, distúrbios convulsivos)
- Obesidade
- Obstrução intestinal pós-operatória
- Prolapso retal
- Retocele
- Tumor
- Úlcera retal

Farmacológicos

- Abuso de laxantes
- Agentes farmacológicos

Fisiológicos

- Dentição inadequada
- Desidratação
- Hábitos alimentares inadequados
- Higiene oral inadequada
- Ingestão insuficiente de fibras
- Ingestão insuficiente de líquidos
- Motilidade gastrointestinal diminuída
- Mudança nos hábitos alimentares (p. ex., alimentos, horário das refeições)

Psicológicos

- Confusão
- Depressão

- Perturbação emocional

00015

Risco de constipação

(1998, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Funcionais

- Atividade física diária média é menor que a recomendada para o gênero e a idade
- Fraqueza dos músculos abdominais
- Hábitos de higiene íntima inadequados
- Hábitos irregulares de evacuação
- Ignorar habitualmente a urgência para evacuar
- Mudança ambiental recente

Mecânicos

- Abscesso retal
- Aumento da próstata
- Desequilíbrio eletrolítico
- Doença de Hirschsprung
- Estenose retoanal
- Fissuras retoanais
- Gravidez
- Hemorroidas
- Lesão neurológica (p. ex., eletrencefalograma [EEG] positivo, trauma encefálico, distúrbios convulsivos)
- Obesidade
- Obstrução intestinal pós-operatória
- Prolapso retal
- Retocele
- Tumor
- Úlcera retal

Farmacológicos

- Agentes farmacológicos
- Sais de ferro
- Uso excessivo de laxantes

Fisiológicos

- Dentição inadequada
- Desidratação
- Hábitos alimentares inadequados
- Higiene oral inadequada
- Ingestão insuficiente de fibras
- Ingestão insuficiente de líquidos
- Motilidade gastrintestinal diminuída
- Mudança nos hábitos alimentares (p. ex., alimentos, horário das refeições)

Psicológicos

- Confusão
- Depressão
- Distúrbio emocional

00235

Constipação funcional crônica

(2013; LOE 2.2)

Definição

Evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente há pelo menos três dos doze meses anteriores.

Características definidoras

- **ADULTO:** presença de 2 ou mais dos sintomas a seguir, no sistema de classificação Critérios de Roma III: Fezes grumosas ou duras em 25% ou mais das defecações; *Esforço evacuatório durante 25% ou mais das defecações; *Sensação de evacuação incompleta em 25% ou mais das defecações; *Sensação de obstrução/bloqueio anorretal em 25% ou mais das defecações; *Manobras manuais para facilitar 25% ou mais das defecações (manipulação digital, apoio do assoalho pélvico); *Até 3 evacuações por semana
- **CRIANÇA ≤ 4 anos:** presença de 2 ou mais itens no sistema de classificação Critérios de Roma III pediátrico durante 1 mês ou mais: *Até 2 evacuações por semana; *1 ou mais episódio de incontinência fecal semanal; *Postura de retenção de fezes; *Movimentos intestinais dolorosos ou difíceis; *Presença de grande massa fecal no reto; *Fezes de diâmetro grande que podem obstruir o vaso sanitário
- **CRIANÇA ≥ 4 anos:** presença de 2 ou mais itens no sistema de classificação Critérios de Roma III pediátrico durante 2 ou mais meses: *Até 2 evacuações por semana; *1 ou mais episódios de incontinência fecal semanal; *Postura de retenção fecal; *Movimentos intestinais dolorosos ou difíceis; *Presença de grande massa fecal no reto; *Fezes com diâmetro grande que podem obstruir o vaso sanitário
- Distensão abdominal
- Dor ao defecar
- Esforço prolongado
- Impactação fecal
- Incontinência fecal (em crianças)
- Massa abdominal palpável
- Saída de fezes com estimulação digital
- Teste positivo para sangue oculto nas fezes
- Tipo 1 ou 2 na Escala de Bristol para Consistência das Fezes

Fatores relacionados

- Acidente vascular encefálico
- Agente farmacológico

- Amiloidose
- Baixa ingestão calórica
- Câncer colorretal
- Costuma ignorar a urgência para defecar
- Dano ao períneo
- Demência
- Depressão
- Dermatomiosite
- Desidratação
- Diabetes melito
- Dieta com poucas fibras
- Dieta desproporcionalmente alta em gorduras
- Dieta desproporcionalmente alta em proteína
- Disfunção do assoalho pélvico
- Distrofia miotônica
- Doença de Hirschprung
- Doença de Parkinson
- Doença intestinal inflamatória
- Escleroderma
- Esclerose múltipla
- Estenose anal
- Estenose cirúrgica
- Estenose isquêmica
- Estenose pós-inflamatória
- Estilo de vida sedentário
- Falha para melhorar
- Fissura anal
- Gravidez
- Hemorroidas
- Hipercalcemia
- Hipotireoidismo
- Ingestão alimentar insuficiente
- Ingestão de líquidos insuficiente
- Insuficiência renal crônica
- Lesão na medula espinal
- Massa extra intestinal
- Mobilidade prejudicada
- Neuropatia autonômica
- Pan-hipopituitarismo
- Paraplegia
- Polifarmácia
- Porfíria
- Proctite

- Pseudo-obstrução intestinal crônica
- Tempo lento de trânsito colônico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00236

Risco de constipação funcional crônica

(2013; LOE 2.2)

Definição

Vulnerabilidade à evacuação infrequente ou difícil de fezes, presente há quase três dos 12 meses anteriores, capaz de comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agentes antiparkinsonianos (anticolinérgicos ou dopaminérgicos)
- Antagonistas do canal de cálcio
- Antiácidos com alumínio
- Antidepressivos tricíclicos
- Antiepiléticos
- Anti-hipertensivos
- Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)
- Depressão
- Desidratação
- Dieta com baixo teor de fibras
- Dieta desproporcionalmente alta em gorduras
- Dieta proporcionalmente elevada em proteínas
- Diuréticos
- Estilo de vida sedentário
- Falha em melhorar
- Ignorância habitual de urgência para defecar
- Ingesta de baixa caloria
- Ingestão alimentar diminuída
- Ingestão insuficiente de líquidos
- Mobilidade prejudicada
- Opioides
- Polifarmácia
- Preparados com ferro
- Pseudo-obstrução intestinal crônica
- Tempo lento de trânsito colônico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00012

Constipação percebida

(1988)

Definição

Autodiagnóstico de constipação combinado com abuso de laxantes, enemas e/ou supositórios para garantir um movimento intestinal diário.

Características definidoras

- Abuso de enemas
- Abuso de laxantes
- Abuso de supositórios
- Expectativa de evacuação no mesmo horário todos os dias
- Expectativas de movimento intestinal diário

Fatores relacionados

- Crenças culturais de saúde
- Crenças familiares de saúde
- Processos de pensamento prejudicados

00013

Diarreia

(1975, 1998)

Definição

Eliminação de fezes soltas e não formadas.

Características definidoras

- Cólicas
- Dor abdominal
- Mais que três evacuações de fezes líquidas em 24 horas
- Ruídos intestinais hiperativos
- Urgência intestinal

Fatores relacionados

Fisiológicos

- Infecção
- Inflamação gastrointestinal
- Irritação gastrointestinal
- Má absorção
- Parasitas

Psicológicos

- Altos níveis de estresse
- Ansiedade

Situacionais

- Abuso de laxantes
- Abuso de substância
- Alimentação enteral
- Exposição a contaminantes
- Exposição a toxinas
- Regime de tratamento
- Viagem

00014

Incontinência intestinal

(1975, 1988)

Definição

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

Características definidoras

- Desatenção à urgência para evacuar
- Incapacidade de expelir fezes formadas, apesar do reconhecimento de reto preenchido
- Incapacidade de reconhecer o preenchimento retal
- Incapacidade de retardar a evacuação
- Manchas de fezes na roupa de cama
- Manchas de fezes nas roupas
- Não reconhece a urgência para evacuar
- Odor fecal
- Passagem constante de fezes amolecidas
- Pele perianal avermelhada
- Urgência intestinal

Fatores relacionados

- Abuso de laxantes
- Agentes farmacológicos
- Alteração na função cognitiva
- Anormalidade do esfíncter retal
- Aumento anormal da pressão abdominal
- Aumento anormal da pressão intestinal
- Capacidade do reservatório prejudicada
- Diarreia crônica
- Dificuldade no autocuidado para higiene íntima
- Diminuição geral no tônus muscular
- Esfíncter retal disfuncional
- Estressores
- Esvaziamento intestinal incompleto
- Fatores ambientais (p. ex., banheiro inacessível)
- Hábitos alimentares inadequados
- Imobilidade
- Impactação
- Lesão colorretal

- Lesão em nervo motor inferior
- Lesão em nervo motor superior

Motilidade gastrointestinal disfuncional

(2008, LOE 2.1)

Definição

Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal.

Características definidoras

- Aumento de resíduos gástricos
- Aumento dos resíduos gástricos
- Ausência de flatos
- Cólica abdominal
- Diarreia
- Dificuldade para defecar
- Distensão abdominal
- Dor abdominal
- Esvaziamento gástrico acelerado
- Fezes endurecidas e formadas
- Mudança nos sons intestinais
- Náusea
- Regurgitação
- Resíduo gástrico cor de bÍlis
- Vômito

Fatores relacionados

- Alimentação enteral
- Ansiedade
- Desnutrição
- Envelhecimento
- Estilo de vida sedentário
- Imobilidade
- Ingestão de contaminantes (p. ex., radioativos, comida, água)
- Intolerância alimentar
- Prematuridade
- Regime de tratamento

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à redução na frequência normal de defecação, acompanhada de passagem difícil ou incompleta de fezes, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacológico
- Ansiedade
- Circulação gastrointestinal diminuída
- Diabetes melito
- Doença do refluxo gastresofágico (DRGE)
- Envelhecimento
- Estilo de vida sedentário
- Estressores
- Imobilidade
- Infecção
- Intolerância alimentar
- Mudança na fonte de água
- Mudança nos hábitos alimentares (p. ex., alimentos, horário das refeições)
- Prematuridade
- Preparo de alimentos sem cuidados higiênicos

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00030

Troca de gases prejudicada

(1980, 1996, 1998)

Definição

Excesso ou déficit na oxigenação e/ou eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.

Características definidoras

- Batimento de asa de nariz
- Cefaleia ao acordar
- Cianose
- Confusão
- Cor da pele anormal (p. ex., pálida, escurecida, cianótica)
- Diaforese
- Dióxido de carbono (CO²) diminuído
- Dispneia
- Gases sanguíneos arteriais anormais
- Hipercapnia
- Hipoxemia
- Hipoxia
- Inquietação
- Irritabilidade
- Padrão respiratório anormal (p. ex., frequência, ritmo, profundidade)
- Perturbação visual
- pH arterial anormal
- Sonolência
- Taquicardia

Fatores relacionados

- Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão
- Mudanças na membrana alveolocapilar

Domínio 4

Atividade/Repouso

00095

Insônia

(2006, LOE 2.1)

Definição

Distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o funcionamento.

Características definidoras

- Acordar cedo demais
- Alteração na concentração
- Alteração no afeto
- Alteração no humor
- Alteração no padrão do sono
- Aumento de acidentes
- Aumento do absenteísmo
- Dificuldade para iniciar o sono
- Dificuldade para manter o sono
- Distúrbios do sono que produzem consequências no dia seguinte
- Energia insuficiente
- Estado de saúde comprometido
- Insatisfação com o sono
- Padrão de sono não restaurador (i.e., devido às responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/maternidade, parceiro de sono)
- Redução na qualidade de vida

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Alterações hormonais
- Ansiedade
- Atividade física diária média é inferior à recomendada para a idade e o gênero
- Barreira ambiental (p.ex., ruído ambiental, exposição à luz do dia/escuridão, temperatura/umidade do ambiente, local não familiar)
- Cochilos frequentes durante o dia
- Consumo de álcool
- Depressão
- Desconforto físico
- Estressores
- Higiene do sono inadequada
- Medo

- Pesar

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Padrão de sono prejudicado

(1980, 1998, 2006, LOE 2.1)

Definição

Interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrentes de fatores externos.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Despertar não intencional
- Dificuldade no funcionamento diário
- Dificuldade para iniciar o sono
- Insatisfação com o sono
- Não se sentir descansado

Fatores relacionados

- Barreira ambiental (p.ex., ruído ambiental, exposição à luz do dia/escuridão, temperatura/umidade do ambiente, local não familiar)
- Imobilização
- Interrupção causada pelo parceiro de sono
- Padrão de sono não restaurador (i.e., pelas responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/maternidade, parceiro de sono)
- Privacidade insuficiente

00096

Privação de sono

(1998)

Definição

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

Características definidoras

- Agitação
- Alteração na concentração
- Alucinações
- Ansiedade
- Apatia
- Capacidade funcional diminuída
- Combatividade
- Confusão
- Fadiga
- Inquietação
- Irritabilidade
- Letargia
- Mal-estar
- Nistagmo passageiro
- Paranoia transitória
- Redução no tempo de reação
- Sensibilidade aumentada à dor
- Sonolência
- Transtornos perceptivos
- Tremores nas mãos

Fatores relacionados

- Ambiente excessivamente estimulante
- Apneia do sono
- Assincronia circadiana prolongada
- Atividade física diária inferior à recomendada para a idade e o sexo
- Barreira ambiental
- Demência
- Desconforto prolongado (p. ex., físico, psicológico)
- Enurese relacionada ao sono

- Ereções dolorosas relacionadas ao sono
- Higiene do sono inadequada por tempo prolongado
- Hipersonolência idiopática do sistema nervoso central
- Movimentos periódicos dos membros (p. ex., síndrome das pernas inquietas, mioclonia noturna)
- Mudanças de estágios de sono relacionadas ao envelhecimento
- Narcolepsia
- Padrão de sono não restaurador (i.e., por responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/maternidade, parceiro de sono)
- Paralisia do sono familiar
- Pesadelos
- Regime de tratamento
- Síndrome do pôr do sol
- Sonambulismo
- Terror noturno

00165

Disposição para sono melhorado

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de suspensão natural e periódica da consciência relativa para propiciar o descanso, sustentando um estilo de vida desejável e que pode ser fortalecido.

Característica definidora

- Relata desejo de melhorar o sono

00090

Capacidade de transferência prejudicada

(1998, 2006, LOE 2.1)

Definição

Limitação do movimento independente entre duas superfícies próximas.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de transferir-se da cadeira para o chão
- Capacidade prejudicada de transferir-se da cama para a cadeira
- Capacidade prejudicada de transferir-se da cama para a posição em pé
- Capacidade prejudicada de transferir-se do carro para a cadeira
- Capacidade prejudicada de transferir-se do ou para o vaso sanitário
- Capacidade prejudicada de transferir-se entre a cadeira e a posição em pé
- Capacidade prejudicada de transferir-se entre o chão e a posição em pé
- Capacidade prejudicada de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes
- Capacidade prejudicada de transferir-se para dentro ou para fora da banheira
- Capacidade prejudicada de transferir-se para dentro ou para fora do chuveiro
- Capacidade prejudicada de transferir-se para ou da cadeira higiênica

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Barreira ambiental (p. ex., altura da cama, espaço inadequado, tipo de cadeira de rodas, equipamento para tratamento, imobilizadores)
- Conhecimento insuficiente de técnicas de transferência
- Dor
- Equilíbrio prejudicado
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Obesidade
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Visão prejudicada

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00088

Deambulação prejudicada

(1988, 2006, LOE 2.1)

Definição

Limitação do movimento independente de andar em um determinado ambiente.

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Alteração no humor
- Barreira ambiental (p. ex., escadas, declives, superfícies irregulares, obstáculos, distâncias, falta de dispositivos ou pessoas auxiliares)
- Conhecimento insuficiente de estratégias de mobilidade
- Dor
- Equilíbrio prejudicado
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Medo de cair
- Obesidade
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Redução da resistência
- Visão prejudicada

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00238

Levantar-se prejudicado

(2013; LOE 2.1)

Definição

Limitação da capacidade de, com independência e finalidade, conseguir e/ou manter o corpo em posição ereta, dos pés à cabeça.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de ajustar a posição de um ou ambos os membros inferiores sobre superfície irregular
- Capacidade prejudicada para conseguir uma posição equilibrada do torso
- Capacidade prejudicada para estender um ou ambos os joelhos
- Capacidade prejudicada para estender um ou ambos os quadris
- Capacidade prejudicada para flexionar um ou ambos os joelhos
- Capacidade prejudicada para flexionar um ou ambos os quadris
- Capacidade prejudicada para manter o torso em posição equilibrada
- Capacidade prejudicada para tencionar o torso com o peso do corpo
- Força muscular insuficiente

Fatores relacionados

- Desnutrição
- Distúrbio da perfusão circulatória
- Dor
- Energia insuficiente
- Função metabólica prejudicada
- Lesão em extremidade inferior
- Obesidade
- Perturbação emocional
- Postura de alívio autoimposta
- Postura recomendada
- Procedimento cirúrgico
- Resistência insuficiente
- Sarcopenia
- Transtorno neurológico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00085

Mobilidade física prejudicada

(1973, 1998, 2013; LOE 2.1)

Definição

Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.

Características definidoras

- Alterações na marcha
- Desconforto
- Dificuldade para virar-se
- Dispneia ao esforço
- Engaja-se em substituições de movimentos (p. ex., atenção à atividade de outra pessoa, comportamento controlador, foco em atividade anterior à doença)
- Instabilidade postural
- Movimentos descoordenados
- Movimentos espásticos
- Movimentos lentos
- Redução na amplitude de movimentos
- Redução nas habilidades motoras finas
- Redução nas habilidades motoras grossas
- Tempo de resposta diminuído
- Tremor induzido pelo movimento

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Alteração na função cognitiva
- Alteração na integridade de estruturas ósseas
- Alteração no metabolismo
- Ansiedade
- Apoio ambiental insuficiente (p. ex., físico, social)
- Atraso de desenvolvimento
- Conhecimento insuficiente do valor da atividade física
- Controle muscular diminuído
- Crenças culturais em relação a atividades aceitáveis
- Depressão
- Desnutrição
- Desuso

- Dor
- Estilo de vida sedentário
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular diminuída
- IMC > percentil 75 apropriado à idade
- Intolerância à atividade
- Massa muscular diminuída
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízos neuromusculares
- Prejuízos sensório-perceptivos
- Relutância em iniciar o movimento
- Resistência diminuída
- Restrições prescritas de movimento
- Rigidez articular

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00091

Mobilidade no leito prejudicada

(1998, 2006, LOE 2.1)

Definição

Limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição prona e a supina
- Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada e a supina
- Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada prolongada
- Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama
- Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Alteração na função cognitiva
- Barreira ambiental (p.ex., tamanho e tipo do leito, equipamento, imobilizadores)
- Conhecimento insuficiente de estratégias de mobilidade
- Dor
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Obesidade
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00089

Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

(1998, 2006, LOE 2.1)

Definição

Limitação de operação independente com cadeira de rodas pelo ambiente.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em declive
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em superfície inclinada
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em superfície irregular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em superfície regular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual no meio-fio
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em aclive
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em declive
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em superfície irregular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em superfície regular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada no meio-fio

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Alteração no humor
- Barreira ambiental (p. ex., escadas, aclives e declives, superfícies irregulares, obstáculos, distâncias)
- Conhecimento insuficiente de uso da cadeira de rodas
- Dor
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Obesidade
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Redução da resistência
- Visão prejudicada

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00237

Sentar-se prejudicado

(2013; LOE 2.1)

Definição

Limitação da capacidade para, de maneira independente e intencional, atingir e/ou manter uma posição de descanso, apoiada pelas nádegas e coxas, com o torso ereto.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de adaptar a posição de um ou ambos os membros inferiores sobre superfície irregular
- Capacidade prejudicada para conseguir uma posição de equilíbrio do torso
- Capacidade prejudicada para flexionar ou movimentar os dois joelhos
- Capacidade prejudicada para flexionar ou movimentar os quadris
- Capacidade prejudicada para manter o torso em posição equilibrada
- Capacidade prejudicada para tencionar o torso com o peso do corpo

Fatores relacionados

- Alteração no funcionamento cognitivo
- Cirurgia ortopédica
- Desnutrição
- Dor
- Energia insuficiente
- Força muscular insuficiente
- Função metabólica prejudicada
- Postura de alívio autoimposta
- Postura recomendada
- Resistência insuficiente
- Sarcopenia
- Transtorno neurológico
- Transtorno psicológico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00040

Risco de síndrome do desuso

(1988, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Dor
- Imobilidade prescrita
- Imobilização mecânica
- Nível de consciência alterado
- Paralisia

Fadiga

(1988, 1998)

Definição

Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.

Características definidoras

- Alteração na concentração
- Alteração na libido
- Apatia
- Aumento da necessidade de descanso
- Aumento dos sintomas físicos
- Cansaço
- Capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais
- Capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física
- Culpa devida à dificuldade para cumprir com suas responsabilidades
- Desempenho ineficaz de papéis
- Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca
- Energia insuficiente
- Introspecção
- Letargia
- Padrão de sono não restaurador (i.e., devido às responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/maternidade, parceiro do sono)
- Sonolência

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Aumento no esforço físico
- Barreira ambiental (p. ex., ruído ambiental, exposição à claridade/escuridão, temperatura/umidade do ambiente, ambiente desconhecido)
- Condição fisiológica (p. ex., anemia, gestação, doença)
- Depressão
- Desnutrição
- Estilo de vida não estimulante
- Estressores
- Evento de vida negativo
- Exigências do trabalho (p. ex., turno de trabalho, nível elevado de atividades, estresse)

- Falta de condicionamento físico
- Privação de sono

00154

Perambulação

(2000)

Definição

Vagar a esmo, locomoção repetitiva ou sem propósito que expõe o indivíduo a danos; frequentemente incongruente com divisas, limites ou obstáculos.

Características definidoras

- Andar de um lado para o outro
- Capacidade prejudicada de localizar marcos significativos em um ambiente familiar
- Comportamento como se procurasse alguma coisa
- Comportamento de examinar atentamente
- Entrar em local proibido
- Hiperatividade
- Locomoção agitada
- Locomoção ao acaso
- Locomoção persistente em busca de alguma coisa
- Locomoção por espaços não autorizados
- Locomoção que não pode ser facilmente desencorajada
- Locomoção que resulta em perder-se
- Longos períodos de locomoção sem destino aparente
- Movimento contínuo de um lugar a outro
- Movimento frequente de um lugar a outro
- Períodos de locomoção intercalados com períodos de não locomoção (p. ex., sentar, levantar-se, dormir)
- Repetir movimentos do cuidador

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Ambiente excessivamente estimulante
- Atrofia cortical
- Comportamento pré-mórbido (p. ex., personalidade extrovertida, sociável)
- Estado fisiológico (p. ex., fome, sede, dor, vontade de urinar)
- Hora do dia
- Sedação
- Separação de lugares familiares
- Transtorno psicológico

00029

Débito cardíaco diminuído

(1975, 1996, 2000)

Definição

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

Características definidoras

Frequência/Ritmo cardíaco alterado

- Alterações eletrocardiográficas (p. ex., arritmia, anormalidade na condução, isquemia)
- Bradicardia
- Palpitações cardíacas
- Taquicardia

Pré-carga alterada

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

Pós-carga alterada

- Alteração na pressão sanguínea
- Cor anormal da pele (p. ex., pálida, escurecida, cianótica)
- Dispneia
- Oliguria
- Pele fria, úmida e pegajosa
- Pulsos periféricos diminuídos
- Resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada
- Resistência vascular pulmonar (RVP) diminuída
- Resistência vascular sistêmica (RVS) aumentada
- Resistência vascular sistêmica (RVS) diminuída
- Tempo de preenchimento capilar prolongado

Contratilidade alterada

- Dispneia paroxística noturna

- Fração de ejeção diminuída
- Índice cardíaco diminuído
- Índice de volume sistólico (IVS) diminuído
- Índice do trabalho sistólico do ventrículo esquerdo (ITSVE) diminuído
- Ortopneia
- Presença de 3ª bulha cardíaca (B3)
- Presença de 4ª bulha cardíaca (B4)
- Sons respiratórios adventícios
- Tosse

Comportamentais/emocionais

- Ansiedade
- Inquietação

Fatores relacionados

- Contratilidade alterada
- Frequência cardíaca alterada
- Pós-carga alterada
- Pré-carga alterada
- Ritmo cardíaco alterado
- Volume sistólico alterado

00240

Risco de débito cardíaco diminuído

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a suprimento inadequado de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas do organismo, capaz de comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Contratilidade alterada
- Frequência cardíaca alterada
- Pós-carga alterada
- Pré-carga alterada
- Ritmo cardíaco alterado
- Volume sistólico alterado

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00239

Risco de função cardiovascular prejudicada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a causas internas ou externas que podem danificar um ou mais de um órgão vital e o próprio sistema circulatório.

Fatores de Risco

- Agente farmacológico
- Conhecimento insuficiente dos fatores de risco modificáveis
- Diabetes melito
- Dislipidemia
- Estilo de vida sedentário
- Hipertensão arterial
- História de doença cardiovascular
- História familiar de doença cardiovascular
- Idade ≥ 65 anos
- Obesidade
- Tabagismo

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00092

intolerância à atividade

(1982)

Definição

Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.

Características definidoras

- Alterações eletrocardiográficas (p. ex., arritmia, anormalidade na condução, isquemia)
- Desconforto aos esforços
- Dispneia aos esforços
- Fadiga
- Resposta anormal da frequência cardíaca à atividade
- Resposta anormal da pressão sanguínea à atividade

Fatores relacionados

- Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio
- Estilo de vida sedentário
- Fraqueza generalizada
- Imobilidade
- Repouso no leito

00094

Risco de intolerância à atividade

(1982, 2013)

Definição

Vulnerabilidade a ter energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Falta de condicionamento físico
- História prévia de intolerância à atividade
- Inexperiência com a atividade
- Problema circulatório
- Problema respiratório

00032

Padrão respiratório ineficaz

(1980, 1996, 1998, 2010, LOE 2.1)

Definição

Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.

Características definidoras

- Assumir posição de três pontos
- Batimentos de asa do nariz
- Bradipneia
- Capacidade vital diminuída
- Diâmetro anteroposterior do tórax aumentado
- Dispneia
- Excursão torácica alterada
- Fase de expiração prolongada
- Ortopneia
- Padrão respiratório anormal (p. ex., frequência, ritmo, profundidade)
- Pressão expiratória diminuída
- Pressão inspiratória diminuída
- Respiração com os lábios franzidos
- Taquipneia
- Uso da musculatura acessória para respirar
- Ventilação-minuto diminuída

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Dano neurológico (p. ex., eletrencefalograma [EEG] positivo, trauma craniencefálico, distúrbios convulsivos)
- Deformidade da parede do tórax
- Deformidade óssea
- Dor
- Fadiga
- Fadiga da musculatura respiratória
- Hiperventilação
- Imaturidade neurológica
- Lesão da medula espinal
- Obesidade
- Posição do corpo que inibe a expansão pulmonar

- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Síndrome da hipoventilação

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à redução na circulação gastrointestinal que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Acidente vascular cerebral
- Anemia
- Aneurisma aórtico abdominal
- Coagulopatia (p. ex., anemia falciforme)
- Coagulopatia intravascular disseminada
- Desempenho do ventrículo esquerdo diminuído
- Diabetes melito
- Doença gastrointestinal (p. ex., úlcera, colite isquêmica, pancreatite isquêmica)
- Doença renal (p. ex., rim policístico, estenose da artéria renal, insuficiência renal)
- Doença vascular
- Função hepática prejudicada (p.ex., cirrose, hepatite)
- Hemorragia gastrointestinal aguda
- Idade > 60 anos
- Infarto do miocárdio
- Instabilidade hemodinâmica
- Regime de tratamento
- Sexo feminino
- Síndrome compartimental abdominal
- Tabagismo
- Tempo de protrombina anormal (TP)
- Tempo parcial de tromboplastina (TTP) anormal
- Trauma
- Varizes gastresofágicas

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00203

Risco de perfusão renal ineficaz

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à redução na circulação sanguínea para os rins, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Alteração no metabolismo
- Bypass cardiopulmonar
- Cirurgia cardíaca
- Diabetes melito
- Doença renal (p. ex., rim policístico, estenosa da artéria renal, insuficiência renal)
- Embolia vascular
- Exposição a nefrotoxinas
- Extremos de idade
- Glomerulonefrite
- Hipertensão arterial
- Hipertensão maligna
- Hipovolemia
- Hipoxemia
- Hipoxia
- Infecção
- Malignidade
- Necrose cortical bilateral
- Nefrite intersticial
- Pielonefrite
- Queimaduras
- Regime de tratamento
- Sexo feminino
- Síndrome compartimental abdominal
- Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS)
- Tabagismo
- Trauma
- Vasculite

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00200

Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a uma redução na circulação cardíaca (coronária) que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Agente farmacológico
- Cirurgia cardiovascular
- Conhecimento insuficiente sobre fatores de risco modificáveis (p. ex., tabagismo, estilo de vida sedentário, obesidade)
- Diabetes melito
- Espasmo da artéria coronária
- Hiperlipidemia
- Hipertensão
- Hipovolemia
- Hipoxemia
- Hipoxia
- História familiar de doença da artéria coronária
- Proteína C-reativa elevada
- Tamponamento cardíaco

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00201

Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Agente farmacológico
- Aneurisma cerebral
- Aterosclerose aórtica
- Coagulação intravascular disseminada
- Coagulopatia (p. ex., anemia falciforme)
- Dissecção arterial
- Embolismo
- Endocardite infecciosa
- Estenose da carótida
- Estenose mitral
- Fibrilação atrial
- Hipercolesterolemia
- Hipertensão
- Infarto do miocárdio recente
- Lesão cerebral (p. ex., prejuízo vascular-encefálico, doença neurológica, trauma, tumor)
- Miocardiopatia dilatada
- Mixoma atrial
- Neoplasia cerebral
- Regime de tratamento
- Segmento acinético da parede do ventrículo esquerdo
- Síndrome do nó sinusal
- Tempo de protrombina (TP) anormal
- Tempo de tromboplastina parcial (TTP) anormal
- Válvula de prótese mecânica

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00204

Perfusão tissular periférica ineficaz

(2008, 2010, LOE 2.1)

Definição

Redução da circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.

Características definidoras

- A cor não volta à perna quando esta é baixada após um minuto de sua elevação
- Características da pele alteradas (cor, elasticidade, pelos, umidade, unhas, sensibilidade, temperatura)
- Cicatrização de ferida periférica retardada
- Claudicação intermitente
- Cor da pele pálida na elevação de membro
- Dor em extremidade
- Edema
- Função motora alterada
- Índice tornozelo-braquial $< 0,90$
- Parestesia
- Percorre menores distâncias livre de dor no teste de caminhada de 6 minutos
- Percorre menores distâncias totais no teste de caminhada de 6 minutos (400 a 700 metros em adultos)
- Pulsos periféricos ausentes
- Pulsos periféricos diminuídos
- Redução na pressão sanguínea nas extremidades
- Sopro femoral
- Tempo de enchimento capilar > 3 segundos

Fatores relacionados

- Conhecimento deficiente do processo da doença
- Conhecimento deficiente dos fatores agravantes (p. ex., tabagismo, estilo de vida sedentário, trauma, obesidade, ingestão de sal, imobilidade)
- Diabetes melito
- Estilo de vida sedentário
- Hipertensão
- Tabagismo

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00228

Risco de perfusão tissular periférica ineficaz

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a uma redução da circulação sanguínea periférica, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente de fatores agravantes (p. ex., tabagismo, estilo de vida sedentário, trauma, obesidade, ingestão de sal, imobilidade)
- Conhecimento insuficiente de fatores de risco
- Conhecimento insuficiente de processo de doença
- Diabetes melito
- Estilo de vida sedentário
- Hipertensão
- Ingestão excessiva de sódio
- Procedimento intravascular
- Tabagismo
- Trauma

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00034

Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

(1992)

Definição

Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico, que interrompe e prolonga o processo de desmame.

Características definidoras

Leves

- Aumento da concentração na respiração
- Aumento moderado da frequência respiratória acima dos valores basais
- Desconforto respiratório
- Fadiga
- Inquietação
- Medo de mau funcionamento do aparelho
- Percepção da necessidade aumentada de oxigênio
- Sensação de calor

Moderadas

- Apreensão
- Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (< 20 bpm)
- Aumento da pressão sanguínea em relação aos parâmetros basais (< 20 mmHg)
- Aumento moderado da frequência respiratória acima dos valores basais
- Capacidade prejudicada para cooperar
- Capacidade prejudicada para responder a orientações
- Cor anormal da pele (p. ex., pálida, escurecida, cianótica)
- Diaforese
- Entrada de ar diminuída à ausculta
- Expressão facial de medo
- Foco exagerado nas atividades
- Uso mínimo da musculatura acessória respiratória

Graves

- Agitação
- Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (≥ 20 bpm)
- Aumento da frequência respiratória de forma significativa em relação aos parâmetros basais
- Aumento significativo da frequência respiratória acima dos parâmetros basais

- Aumento da pressão sanguínea em relação aos parâmetros basais (≥ 20 mmHg)
- Cor da pele anormal (p.ex., pálida, escurecida, cianótica)
- Deterioração nos gases sanguíneos arteriais em relação aos valores basais
- Diaforese profusa
- Nível de consciência diminuído
- Respiração abdominal paradoxal
- Respiração agônica (tipo Gaspings)
- Respiração descoordenada em relação ao ventilador
- Respiração superficial
- Ruídos adventícios respiratórios
- Uso importante de musculatura acessória respiratória

Fatores relacionados

Fisiológicos

- Alteração no padrão de sono
- Desobstrução ineficaz das vias aéreas
- Dor
- Nutrição inadequada

Psicológicos

- Ansiedade
- Autoestima diminuída
- Confiança insuficiente nos profissionais da saúde
- Conhecimento insuficiente sobre o processo de desmame
- Desesperança
- Impotência
- Incerteza quanto à capacidade de desmame
- Medo
- Motivação diminuída

Situacionais

- Barreira ambiental (p. ex., distrações, baixa proporção enfermeiros/pacientes, equipe de enfermagem não familiar)
- Episódios de demanda energética não controlada
- História de dependência do ventilador por mais de quatro dias
- História de tentativas de desmame malsucedidas
- Ritmo inapropriado na diminuição do desmame ventilatório
- Suporte social insuficiente

00033

Ventilação espontânea prejudicada

(1992)

Definição

Reservas de energia diminuídas, resultando em incapacidade de manter respiração independente e adequada para sustentação da vida.

Características definidoras

- Apreensão
- Aumento na taxa metabólica
- Cooperação diminuída
- Dispneia
- Frequência cardíaca aumentada
- Inquietação
- Pressão parcial de dióxido de carbono (PCO^2) aumentada
- Pressão parcial de oxigênio (PO^2) diminuída
- Saturação arterial de oxigênio (SaO^2) diminuída
- Uso aumentado da musculatura acessória
- Volume corrente diminuído

Fatores relacionados

- Alteração no metabolismo
- Fadiga da musculatura respiratória

00182

Disposição para melhora do autocuidado

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de realização de atividades para si mesmo para atingir as metas relativas à saúde e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Relata desejo de aumentar a independência na saúde
- Relata desejo de aumentar a independência na vida
- Relata desejo de aumentar a independência no bem-estar
- Relata desejo de aumentar a independência no desenvolvimento pessoal
- Relata desejo de aumentar o autocuidado
- Relata desejo de aumentar o conhecimento de estratégias de autocuidado

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00102

Déficit no autocuidado para alimentação

(1980, 1998)

Definição

Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar as atividades de alimentação.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de abrir recipientes
- Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável
- Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira
- Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente
- Capacidade prejudicada de engolir o alimento
- Capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca
- Capacidade prejudicada de manipular os alimentos na boca
- Capacidade prejudicada de manusear os utensílios
- Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos
- Capacidade prejudicada de pegar a xícara
- Capacidade prejudicada de pegar os alimentos com os utensílios
- Capacidade prejudicada de preparar alimentos
- Capacidade prejudicada de utilizar dispositivos auxiliares

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Desconforto
- Desordens perceptivas
- Diminuição da motivação
- Dor
- Fadiga
- Fraqueza
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular

00108

Déficit no autocuidado para banho

(1980, 1998, 2008; LOE 2.1)

Definição

Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho por si mesmo.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água
- Capacidade prejudicada de acessar o banheiro
- Capacidade prejudicada de lavar o corpo
- Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho
- Capacidade prejudicada de regular a água do banho
- Incapacidade de secar o corpo

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Capacidade prejudicada de perceber a relação espacial
- Capacidade prejudicada de perceber uma parte do corpo
- Diminuição de motivação
- Dor
- Fraqueza
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Prejuízo perceptivo

00110

Déficit no autocuidado para higiene íntima

(1980, 1998, 2008; LOE 2.1)

Definição

Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de chegar ao vaso sanitário
- Capacidade prejudicada de dar descarga no vaso sanitário
- Capacidade prejudicada de levantar-se do vaso sanitário
- Capacidade prejudicada de manipular as roupas para realizar a higiene íntima
- Capacidade prejudicada de realizar a higiene íntima
- Capacidade prejudicada de sentar-se no vaso sanitário

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Capacidade de transferência prejudicada
- Desordens perceptivas
- Diminuição da motivação
- Dor
- Fadiga
- Fraqueza
- Mobilidade prejudicada
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular

00109

Déficit no autocuidado para vestir-se

(1980, 1998, 2008; LOE 2.1)

Definição

Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se por si mesmo.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de calçar sapatos
- Capacidade prejudicada de colocar roupas na parte inferior do corpo
- Capacidade prejudicada de colocar roupas na parte superior do corpo
- Capacidade prejudicada de manter a aparência
- Capacidade prejudicada de retirar vários itens do vestuário (p. ex., camisa, meias, sapatos)
- Capacidade prejudicada de reunir os artigos de vestuário
- Capacidade prejudicada de vestir cada um dos itens do vestuário (p. ex., camisa, meias, sapatos)
- Capacidade prejudicada para pegar os itens do vestuário
- Capacidade prejudicada para usar dispositivos auxiliares
- Capacidade prejudicada para usar zíperes
- Incapacidade de escolher as roupas
- Incapacidade de fechar as roupas

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Desconforto
- Desordens perceptivas
- Dor
- Fadiga
- Fraqueza
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Redução da motivação

Autonegligência

(2008, LOE 2.1)

Definição

Conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito (Gibbons, Lauder e Ludwick, 2006).

Características definidoras

- Falta de adesão a atividades de saúde
- Higiene ambiental insuficiente
- Higiene pessoal insuficiente

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Alteração na função cognitiva
- Disfunção do lobo frontal
- Escolha do estilo de vida
- Estressores
- Fingimento de doença
- Função executiva deficiente
- Incapacidade para aprender
- Incapacidade para manter o controle
- Medo de internação ou institucionalização
- Prejuízo funcional
- Síndrome de Capgras
- Transtorno psicótico
- Transtorno psiquiátrico

Gibbons, S., Lauder, W., & Ludwick, R. (2006). Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 17 (1), 10 – 18 .

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00098

Manutenção do lar prejudicada

(1980)

Definição

Incapacidade de manter, de forma independente, um ambiente seguro para promoção do crescimento.

Características definidoras

- Ambiente sem condições sanitárias
- Crise financeira (p. ex., dívidas, recursos financeiros insuficientes)
- Dificuldade para manter um ambiente confortável
- Equipamento insuficiente para a manutenção da casa
- Equipamentos de cozinha insuficientes
- Falta de roupas de cama
- Padrão de doença causado por condições sem higiene
- Padrão de infecção causado por condições sem higiene
- Responsabilidades familiares excessivas
- Roupas insuficientes
- Solicitação de ajuda para a manutenção da casa

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Condição que causa impacto na capacidade de manutenção da casa (p. ex., doença, lesão)
- Conhecimento insuficiente dos recursos do bairro
- Conhecimento insuficiente para manter a casa
- Enfermidade que causa impacto na capacidade de manter a casa
- Lesão que causa impacto na capacidade de manter a casa
- Modelo de papel inadequado
- Organização familiar insuficiente
- Planejamento familiar insuficiente
- Sistema de apoio insuficiente

Domínio 5

Percepção/Cognição

00123

Negligência unilateral

(1986, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Alteração no comportamento de segurança no lado negligenciado
- Conservação de tarefas motoras e visuais no lado não negligenciado
- Deixa a comida no prato do lado negligenciado
- Desvio marcante do tronco aos estímulos do lado não negligenciado
- Desvio marcante dos olhos aos estímulos no lado não negligenciado
- Distúrbio na lateralização do som
- Falha em cuidar da estética do lado negligenciado
- Falha em movimentar a cabeça no hemiespaço negligenciado
- Falha em movimentar o tronco no hemiespaço negligenciado
- Falha em movimentar os membros no hemiespaço negligenciado
- Falha em movimentar os olhos no hemiespaço negligenciado
- Falha em perceber pessoas que se aproximam a partir do lado negligenciado
- Falha em vestir o lado negligenciado
- Hemianopsia
- Hemiplegia do lado esquerdo decorrente de acidente vascular encefálico
- Negligência de representação (p. ex., distorção de desenhos no lado negligenciado)
- Negligência visual-espacial unilateral
- Omissão de desenhos no lado negligenciado
- Parece não perceber posicionamento do membro negligenciado
- Perseverança
- Prejuízo no desempenho dos testes de cancelamento de linha, bissecção de linha e cancelamento de alvo
- Substituição de letras ao ler, para formar palavras alternativas
- Transferência da sensação de dor para o lado não negligenciado
- Uso de apenas metade vertical da página ao escrever

Fator relacionado

- Lesão cerebral (p. ex., prejuízo vascular encefálico, doença neurológica, trauma, tumor)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00128

Confusão aguda

(1994, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Agitação
- Alteração na função cognitiva
- Alteração na função psicomotora
- Alteração no nível de consciência
- Alucinações
- Falta de motivação para manter o comportamento voltado a uma meta
- Falta de motivação para manter um comportamento intencional
- Incapacidade de iniciar comportamento voltado a uma meta
- Incapacidade de iniciar um comportamento intencional
- Inquietação
- Percepções errôneas

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Alteração no ciclo sono-vigília
- Delirium
- Demência
- Idade \geq 60 anos

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00173

Risco de confusão aguda

(2006, 2013; LOE 2.2)

Definição

Vulnerabilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo e que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Agente farmacológico
- Alteração na função cognitiva
- Alteração no ciclo sono-vigília
- Demência
- Desidratação
- Desnutrição
- Dor
- Função metabólica prejudicada (p. ex., azotemia, hemoglobina diminuída, desequilíbrio eletrolítico, aumento dos níveis sanguíneos de nitrogênio da ureico/creatinina)
- Gênero masculino
- História de AVC
- Idade ≥ 60 anos
- Infecção
- Mobilidade prejudicada
- Privação sensorial
- Retenção urinária
- Uso inadequado de contenção

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.com

00129

Confusão crônica

(1994)

Definição

Deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectual, manifestada por distúrbios de memória, orientação e comportamento.

Características definidoras

- Alteração na memória de curto prazo
- Alteração na memória de longo prazo
- Alteração progressiva na função cognitiva
- Distúrbio orgânico cerebral
- Funcionamento social prejudicado
- Interpretação alterada
- Nível de consciência normal
- Personalidade alterada
- Prejuízo cognitivo crônico
- Resposta alterada a estímulos

Fatores relacionados

- Acidente vascular encefálico
- Demência por multi-infarto
- Doença de Alzheimer
- Lesão cerebral (p. ex., prejuízo vascular encefálico, doença neurológica, trauma, tumor)
- Psicose de Korsakoff

00126

Conhecimento deficiente

(1980)

Definição

Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.

Características definidoras

- Comportamentos inapropriados (p. ex., histérico, hostil, agitado, apático)
- Conhecimento insuficiente
- Desempenho inadequado em um teste
- Seguimento inadequado de instruções

Fatores relacionados

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na memória
- Conhecimento insuficiente de recursos
- Informação insuficiente
- Informações errôneas apresentadas por outros
- Interesse insuficiente em aprender

00161

Disposição para conhecimento melhorado

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de informação cognitiva relativo a um tópico específico, ou sua aquisição, que pode ser fortalecido.

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar a aprendizagem

Controle de impulsos ineficaz

(2010, LOE 2.1)

Definição

Padrão de uso de reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, sem levar em conta as consequências negativas dessas reações ao indivíduo impulsivo ou aos outros.

Características definidoras

- Agir sem pensar
- Busca de sensações
- Compartilhar detalhes pessoais de forma inadequada
- Comportamento violento
- Familiaridade excessiva com estranhos
- Fazer perguntas pessoais sem levar em conta o desconforto dos outros
- Incapacidade de poupar dinheiro ou regular as finanças
- Irritabilidade
- Promiscuidade sexual
- Repentes de temperamento
- Vício em jogos de apostas

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Alteração na função cognitiva
- Alteração no desenvolvimento
- Desesperança
- Tabagismo
- Transtorno da personalidade
- Transtorno do humor
- Transtorno orgânico do cérebro

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00251

Controle emocional instável

(2013; LOE 2.1)

Definição

Rompantes incontroláveis de expressão emocional exagerada e involuntária.

Características definidoras

- Afastamento da situação profissional
- Afastamento da situação social
- Ausência de contato pelo olhar
- Choro excessivo sem sentir tristeza
- Choro incontrolável
- Choro involuntário
- Dificuldade para usar expressões faciais
- Embaraço relativo à expressão de emoções
- Expressão de emoções incoerente com o fator desencadeador
- Lágrimas
- Risadas em excesso sem sentir felicidade
- Risadas incontroláveis
- Risadas involuntárias

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Agente farmacológico
- Alteração na autoestima
- Conhecimento insuficiente sobre a doença
- Conhecimento insuficiente sobre controle de sintomas
- Deficiência física
- Estressores
- Fadiga
- Força muscular insuficiente
- Lesão cerebral
- Mal-estar social
- Perturbação emocional
- Prejuízo funcional
- Prejuízo musculoesquelético
- Transtorno do humor
- Transtorno psiquiátrico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00131

Memória prejudicada

(1994)

Definição

Incapacidade de recordar ou recuperar informações ou habilidades comportamentais.

Características definidoras

- Esquecimento
- Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado
- Incapacidade de aprender novas habilidades
- Incapacidade de aprender novas informações
- Incapacidade de executar habilidade previamente aprendida
- Incapacidade de recordar eventos
- Incapacidade de recordar informações reais
- Incapacidade de recordar se uma ação foi efetuada
- Incapacidade de reter novas informações

Fatores relacionados

- Alterações no volume de líquidos
- Anemia
- Débito cardíaco diminuído
- Desequilíbrio eletrolítico
- Distrações no ambiente
- Hipoxia
- Prejuízo neurológico (p. ex., eletrencefalograma [EEG] positivo, trauma encefálico, distúrbios convulsivos)

00157

Disposição para **comunicação** melhorada

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de troca de informações e ideias com outros, que pode ser fortalecido.

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar a comunicação

00051

Comunicação verbal prejudicada

(1983, 1996, 1998)

Definição

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

Características definidoras

- Ausência de contato visual
- Déficit visual parcial
- Déficit visual total
- Desorientação em relação a pessoas
- Desorientação no espaço
- Desorientação no tempo
- Dificuldade de usar expressões corporais
- Dificuldade de usar expressões faciais
- Dificuldade na atenção seletiva
- Dificuldade para compreender a comunicação
- Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (p. ex., afasia, disfasia, apraxia, dislexia)
- Dificuldade para formar palavras (p. ex., afonia, dislalia, disartria)
- Dificuldade para formar sentenças
- Dificuldade para manter a comunicação
- Dispneia
- Fala arrastada
- Fala com dificuldade
- Gagueira
- Incapacidade de falar o idioma do cuidador
- Incapacidade de usar expressões faciais
- Incapacidade para usar expressões corporais
- Não consegue falar
- Não fala
- Recusa em falar
- Verbaliza com dificuldade
- Verbalização inadequada

Fatores relacionados

- Alteração no autoconceito

- Alteração no desenvolvimento
- Ausência de pessoas significativas
- Baixa autoestima
- Barreira física (p. ex., traqueostomia, entubação)
- Barreiras ambientais
- Condição fisiológica (p. ex., tumor cerebral, redução da circulação até o cérebro, sistema musculoesquelético enfraquecido)
- Defeito orofaríngeo
- Diferenças culturais
- Distúrbios emocionais
- Estímulos insuficientes
- Informações insuficientes
- Percepção alterada
- Prejuízo no sistema nervoso central
- Regime de tratamento
- Transtorno psicótico
- Vulnerabilidade

Domínio 6

Autopercepção

Disposição para **autoconceito** melhorado

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de percepções ou ideias sobre si mesmo que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Aceita as limitações
- Aceita as qualidades
- As ações são coerentes com a expressão verbal
- Expressa confiança nas habilidades
- Expressa desejo de melhorar o autoconceito
- Expressa desejo de melhorar o desempenho de papéis
- Expressa satisfação com a identidade pessoal
- Expressa satisfação com a imagem corporal
- Expressa satisfação com as opiniões sobre si mesmo
- Expressa satisfação com o sentimento de valor

00124

Desesperança

(1986)

Definição

Estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias a seu favor.

Características definidoras

- Afeto diminuído
- Alterações no padrão de sono
- Apetite diminuído
- Contato visual insatisfatório
- Dá as costas a quem está falando
- Encolhe os ombros em resposta a quem está falando
- Envolvimento inadequado no cuidado
- Indicadores verbais de desânimo (p. ex., “não consigo”, suspiros)
- Iniciativa diminuída
- Passividade
- Resposta diminuída a estímulos
- Verbalização diminuída

Fatores relacionados

- Deterioração da condição fisiológica
- Estresse crônico
- História de abandono
- Isolamento social
- Perda da crença num poder espiritual
- Perda da fé em valores transcendentais
- Restrição prolongada de atividade

Risco de dignidade humana comprometida

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à perda percebida de respeito e honra que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Compreensão insuficiente das informações de saúde
- Estigmatização
- Experiência limitada de tomada de decisão
- Exposição do corpo
- Humilhação
- Incongruência cultural
- Intromissão do profissional de saúde
- Invasão da privacidade
- Perda de controle sobre função corporal
- Revelação de informações confidenciais
- Tratamento desumano

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00185

Disposição para esperança melhorada

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de expectativas e desejos para mobilizar energia em benefício próprio que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a capacidade de estabelecer metas alcançáveis
- Expressa desejo de melhorar a coerência entre expectativas e metas
- Expressa desejo de melhorar a conexão com os outros
- Expressa desejo de melhorar a crença nas possibilidades
- Expressa desejo de melhorar a esperança
- Expressa desejo de melhorar a espiritualidade
- Expressa desejo de melhorar a resolução de problemas para alcançar as metas
- Expressa desejo de melhorar o sentimento de sentido à vida

00121

Identidade pessoal perturbada

(1978, 2008, LOE 2.1)

Definição

Incapacidade de manter percepção integrada e completa de si mesmo.

Características definidoras

- Alteração na imagem corporal
- Comportamento inconsistente
- Confusão de gênero
- Confusão em relação a metas
- Confusão em relação a valores culturais
- Confusão quanto a valores ideológicos
- Descrição de si mesmo por meio de ideias delirantes
- Desempenho ineficaz de papel
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Incapacidade de distinguir estímulos internos de externos
- Relações ineficazes
- Sensação de estranhamento
- Sensação de vazio
- Sentimentos oscilantes acerca de si mesmo

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Baixa autoestima
- Crise situacional
- Discriminação
- Distúrbio de identidade associativa
- Distúrbio orgânico do cérebro
- Doutrinação em determinado culto
- Estados maníacos
- Estágios de crescimento
- Exposição a substâncias químicas tóxicas
- Incoerência cultural
- Mudança no papel social
- Preconceito percebido
- Processos familiares disfuncionais
- Transição do desenvolvimento

- Transtorno psiquiátrico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de identidade pessoal perturbada

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à incapacidade de manter percepção integrada e completa de si mesmo, capaz de comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacológico
- Baixa autoestima
- Crise situacional
- Discriminação
- Distúrbio cerebral orgânico
- Distúrbio de identidade dissociativa
- Doutrinação específica de culto
- Estados maníacos
- Estágios do crescimento
- Exposição a substâncias químicas tóxicas
- Incoerência cultural
- Mudança no papel social
- Preconceito percebido
- Processos familiares disfuncionais
- Transição do desenvolvimento
- Transtorno psiquiátrico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00119

Baixa autoestima crônica

(1988, 1996, 2008, LOE 2.1)

Definição

Autoavaliação/sentimentos negativos e prolongados sobre si mesmo ou sobre as próprias capacidades.

Características definidoras

- Busca excessivamente reafirmar-se
- Comportamento indeciso
- Comportamento não assertivo
- Contato visual insatisfatório
- Culpa
- Demasiadamente conformado
- Dependente das opiniões dos outros
- Exagera no feedback negativo sobre si mesmo
- Frequente falta de sucesso nos eventos da vida
- Hesita em tentar novas experiências
- Passividade
- Rejeita *feedback* positivo
- Subestima a capacidade de lidar com a situação
- Vergonha

Fatores relacionados

- Enfrentamento ineficaz da perda
- Exposição a situações traumáticas
- Fracassos repetidos
- Incoerência cultural
- Incoerência espiritual
- Participação inadequada em grupos
- Pertencimento inadequado
- Recebe afeto inadequado
- Recebe aprovação insuficiente dos outros
- Reforço negativo repetido
- Respeito inadequado dos outros
- Transtorno psiquiátrico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de baixa autoestima crônica

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à autoavaliação/sentimentos negativos e prolongados sobre si mesmo ou as próprias capacidades que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Afeto inadequado recebido
- Enfrentamento ineficaz da perda
- Exposição à situação traumática
- Fracassos repetidos
- Incoerência cultural
- Incoerência espiritual
- Participação insuficiente em grupos
- Reforço negativo repetido
- Respeito inadequado dos outros
- Sensação insuficiente de pertencimento
- Transtorno psiquiátrico

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00120

Baixa autoestima situacional

(1988, 1996, 2000)

Definição

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

Características definidoras

- Comportamento indeciso
- Comportamento não assertivo
- Desafio situacional ao próprio valor
- Desesperança
- Sentimento de inutilidade
- Subestima a capacidade de lidar com a situação
- Verbalizações autonegativas

Fatores relacionados

- Alteração na imagem corporal
- Comportamento inconsistente em relação aos valores
- História de perdas
- História de rejeição
- Mudanças no papel social
- Padrão de fracassos
- Prejuízo funcional
- Reconhecimento inadequado
- Transição desenvolvimental

00153

Risco de baixa **autoestima** situacional

(2000, 2013)

Definição

Vulnerabilidade ao desenvolvimento de uma percepção negativa do próprio valor em resposta a uma situação atual e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração na imagem corporal
- Autoexpectativas não realistas
- Comportamento inconsistente com valores
- Controle diminuído sobre o ambiente
- Doença física
- História de abandono
- História de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de negligência
- História de perda
- História de rejeição
- Mudanças de papel social
- Padrão de desamparo
- Padrão de fracasso
- Prejuízo funcional
- Reconhecimento inadequado
- Transição do desenvolvimento

00118

Distúrbio na imagem corporal

(1973, 1998)

Definição

Confusão na imagem mental do eu físico.

Características definidoras

- Alteração em função corporal
- Alteração na estrutura corporal
- Alteração na visão do próprio corpo (p. ex., aparência, estrutura, função)
- Ausência de parte do corpo
- Comportamento de monitorar o próprio corpo
- Comportamento de reconhecimento do próprio corpo
- Despersonalização de parte do corpo pelo uso de pronomes impessoais
- Despersonalização de perda por meio de pronomes impessoais
- Ênfase nos pontos positivos que permaneceram remanescentes
- Esconder parte do corpo
- Evita olhar o próprio corpo
- Evita tocar o próprio corpo
- Expor de forma demasiada parte do corpo
- Extensão dos limites do corpo (p. ex., inclui objetos externos)
- Foco em ponto positivo do passado
- Foco na aparência anterior
- Foco na função do passado
- Medo da reação dos outros
- Mudança na capacidade de avaliar a relação espacial do corpo com o ambiente
- Mudança no envolvimento social
- Mudança no estilo de vida
- Percepções que refletem uma visão alterada da aparência do próprio corpo
- Personalização de uma parte do corpo por meio de um nome
- Personalização de uma perda por meio de um nome
- Preocupação com alterações
- Preocupação com perda
- Realizações aumentadas
- Recusa em reconhecer alterações
- Resposta não verbal a mudanças no corpo (p. ex., aparência, estrutura ou função)
- Resposta não verbal a mudanças percebidas no corpo (p. ex., aparência, estrutura ou função)

- Sentimentos negativos em relação ao corpo
- Trauma em relação a não funcionamento de parte do corpo

Fatores relacionados

- Alteração em função do corpo (por anomalia, doença, medicação, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
- Alteração na autopercepção
- Alteração na função cognitiva
- Doença
- Função psicossocial prejudicada
- Incoerência cultural
- Incoerência espiritual
- Lesão
- Procedimento cirúrgico
- Regime de tratamento
- Transição desenvolvimental
- Trauma

Domínio 7

Papéis e relacionamentos

00164

Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de provimento de ambiente para os filhos ou outro(s) dependente(s) que favorecem o crescimento e o desenvolvimento e que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a paternidade/maternidade
- Filhos expressam desejo de melhorar o ambiente do lar
- Pai/mãe expressam desejo de melhorar o apoio emocional a pessoa dependente
- Pai/mãe expressam desejo de melhorar o apoio emocional aos filhos

00056

Paternidade ou maternidade prejudicada

(1978, 1998)

Definição

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

Características definidoras

No lactente ou na criança

- Acidentes frequentes
- Ansiedade da separação diminuída
- Atraso no desenvolvimento cognitivo
- Comportamento de apego insuficiente
- Doenças frequentes
- Fracasso em melhorar
- Fraco desempenho acadêmico
- Fuga
- Função social prejudicada
- História de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de trauma (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Transtornos do comportamento (p. ex., déficit de atenção, desafio opositor)

Nos pais

- Abandono
- Arranjos impróprios para o cuidado da criança
- Controle inconsistente do comportamento
- Cuidado inconsistente
- Declarações negativas a respeito da criança
- Déficit de interação mãe/pai-filho
- Estimulação inadequada (p. ex., visual, tátil, auditiva)
- Falha no provimento de segurança no ambiente doméstico
- Frustração com o filho
- Habilidades impróprias para o cuidado
- História de abuso infantil (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Hostilidade
- Incapacidade percebida de satisfazer às necessidades da criança
- Inflexibilidade em satisfazer às necessidades da criança
- Manutenção inadequada da saúde da criança
- Negligência para com as necessidades da criança

- Pouco carinho
- Punitivo
- Redução na capacidade de controlar a criança
- Rejeição do filho
- Relato de inadequação ao papel

Fatores relacionados

Do lactente ou da criança

- Condição incapacitante
- Conflitos de temperamento em relação às expectativas dos pais
- Criança de sexo indesejado
- Doença crônica
- Habilidades perceptivas alteradas
- Nascimentos múltiplos
- Prematuridade
- Retardo de desenvolvimento
- Separação pais/filho
- Temperamento difícil
- Transtorno comportamental (p. ex., déficit de atenção, desafio opositor)

De concepimento

- Alteração na função cognitiva
- Baixo nível educacional
- Conhecimento deficiente sobre a manutenção da saúde da criança
- Conhecimento deficiente sobre o desenvolvimento da criança
- Conhecimento insuficiente para a paternidade/maternidade
- Disposição cognitiva insuficiente para as habilidades de paternidade/maternidade
- Expectativas não realistas
- Habilidades de comunicação insatisfatórias
- Incapacidade de reagir aos sinais emitidos pela criança
- Preferência por punições físicas

Fisiológicos

- Doença física

Psicológicos

- Alteração no padrão de sono
- Condição incapacitante
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Depressão
- Gestações com pequenos intervalos
- Grande número de gestações
- História de abuso de drogas
- História de doença mental

- Pais muito jovens
- Privação do sono
- Processo de nascimento difícil

Sociais

- Apoio social insuficiente
- Arranjos impróprios para o cuidado da criança
- Baixa autoestima
- Coesão familiar insuficiente
- Conflito conjugal
- Desemprego
- Dificuldades financeiras
- Dificuldades legais
- Dificuldades no trabalho
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Falta de valorização da paternidade/maternidade
- Gravidez indesejada
- Gravidez não planejada
- Habilidades insatisfatórias para resolução de problemas
- História de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de ser abusivo
- Incapacidade de colocar as necessidades da criança à frente das próprias
- Isolamento social
- Mãe da criança não envolvida
- Modelo do papel de pai/mãe insuficiente
- Mudança de endereço
- Mudança na unidade familiar
- Pai da criança não envolvido
- Pai/mãe solteiro(a)
- Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimentos)
- Transporte insuficiente

00057

Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

(1978, 1998, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e que pode comprometer seu bem-estar.

Fatores de risco

Do lactente ou da criança

- Atraso no desenvolvimento
- Conflitos temperamentais em relação às expectativas dos pais
- Criança de sexo indesejado
- Distúrbio comportamental (p. ex., déficit de atenção, desafio de oposição)
- Doença
- Habilidades perceptivas alteradas
- Nascimentos múltiplos
- Prematuridade
- Problema incapacitante
- Separação prolongada dos pais
- Temperamento difícil

De conhecimento

- Alteração na função cognitiva
- Baixo nível educacional
- Doença física
- Expectativas não realistas
- Falta de conhecimento sobre a manutenção da saúde da criança
- Falta de conhecimento sobre as habilidades necessárias aos pais
- Falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da criança
- Falta de preparo cognitivo para paternidade/maternidade
- Fisiológicos
- Habilidades de comunicação ineficazes
- Preferência por punições físicas
- Reação insuficiente aos indicadores da criança

Fisiológicos

- Doença física

Psicológicos

- Condição incapacitante
- Depressão
- Grande número de gestações
- Gravidez com pequenos intervalos
- História de abuso de substâncias
- História de doença mental
- Padrão de sono não restaurador (i.e., pelas responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/maternidade, parceiro no sono)
- Pouca idade dos pais
- Privação do sono
- Processo de nascimento difícil

Sociais

- Acesso insuficiente a recursos
- Ambiente doméstico comprometido
- Apoio social insuficiente
- Baixa autoestima
- Coesão familiar insatisfatória
- Conflito entre parceiros
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Cuidado pré-natal no final da gestação
- Desemprego
- Dificuldades legais
- Dificuldades no trabalho
- Estratégias ineficazes de enfrentamento
- Estressores
- Gravidez indesejada
- Gravidez não planejada
- Habilidades insatisfatórias para resolução de problemas
- História de abuso (p.ex., físico, psicológico, sexual)
- História de ser abusivo
- Isolamento social
- Mãe da criança não envolvida
- Modelo de pai/mãe insuficiente
- Mudança de endereço
- Mudança na unidade familiar
- Pai da criança não envolvido
- Pai/mãe solteiro(a)
- Poucos recursos financeiros
- Providências inadequadas de cuidado da criança
- Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimentos)

- Separação pai/mãe-filho
- Tensão do papel
- Transporte insuficiente
- Valorização insuficiente da paternidade/maternidade

00061

Tensão do papel de cuidador

(1992, 1998, 2000)

Definição

Dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família/pessoas significativas.

Características definidoras

Atividades de cuidado

- Apreensão quanto à capacidade futura para fornecer cuidados
- Apreensão quanto à saúde futura do receptor de cuidados
- Apreensão quanto à possível institucionalização do receptor de cuidados
- Apreensão quanto ao bem estar do receptor de cuidado caso seja incapaz de oferecê-los
- Dificuldade para concluir as tarefas necessárias
- Dificuldade para realizar as atividades necessárias
- Mudanças disfuncionais nas atividades de cuidado
- Preocupação com a rotina de cuidados

Estado de saúde do cuidador: Fisiológico

- Alteração no peso corporal
- Cefaleia
- Doença cardiovascular
- Diabetes melito
- Exantema
- Fadiga
- Hipertensão
- Problemas gastrintestinais

Estado de saúde do cuidador: Emocional

- Alteração no padrão de sono
- Depressão
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Falta de tempo para satisfazer às necessidades pessoais
- Frustração
- Impaciência
- Nervosismo
- Raiva
- Somatização
- Vacilação emocional

Estado de saúde do cuidador: Socioeconômico

- Baixa produtividade no trabalho
- Isolamento social
- Mudanças nas atividades de lazer
- Recusas de promoções na carreira

Relacionamento entre o cuidador e o receptor de cuidados

- Dificuldade em ver o receptor de cuidados com a enfermidade
- Incerteza quanto a alterações no relacionamento com o receptor de cuidados
- Pesar quanto a alterações no relacionamento com o receptor de cuidados

Processos familiares

- Conflito familiar
- Preocupações com relação aos membros da família

Fatores relacionados

Estado de saúde do receptor de cuidados

- Abuso de substâncias
- Alteração na função cognitiva
- Aumento da necessidade de cuidados
- Codependência
- Comportamentos problemáticos
- Condição de saúde instável
- Dependência
- Doença crônica
- Gravidade da doença
- Imprevisibilidade do curso da doença
- Transtornos psiquiátricos

Estado de saúde do cuidador

- Abuso de substância
- Alteração na função cognitiva
- Codependência
- Condições físicas
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Expectativas não realistas quanto a si mesmo
- Incapacidade de atender às expectativas de outros
- Incapacidade de atender às próprias expectativas

Relação entre o cuidador e o receptor de cuidados

- Condição do receptor de cuidados inibe a conversa
- Expectativas não realistas do receptor de cuidados
- Padrão de relações ineficazes
- Relação abusiva
- Relacionamento violento

Atividades de cuidado

- Alta hospitalar recente para casa de familiar que necessita de cuidados
- Atividades excessivas de cuidados
- Complexidade das atividades de cuidado
- Duração dos cuidados
- Imprevisibilidade da situação de cuidado
- Mudanças na natureza das atividades
- Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia

Processos familiares

- Disfunção no padrão familiar
- Padrão de enfrentamento familiar ineficaz

Recursos

- Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidados
- Apoio social insuficiente
- Assistência insuficiente
- Conhecimento insuficiente sobre recursos da comunidade
- Crise financeira (p. ex., dívidas, recursos financeiros insuficientes)
- Dificuldade de acesso a apoio
- Dificuldade de acesso à assistência
- Dificuldade de acesso aos recursos da comunidade
- Energia insuficiente
- Equipamentos insuficientes para oferecimento de cuidados
- Inexperiência em executar cuidados
- O cuidador não está pronto, do ponto de vista do desenvolvimento, para esse papel
- Privacidade insuficiente do cuidador
- Recursos da comunidade insuficientes (p. ex., folgas do cuidador, recreação, apoio social)
- Resiliência emocional insuficiente
- Tempo insuficiente
- Transporte insuficiente

Socioeconômicos

- Alienação
- Compromissos com vários papéis que competem entre si
- Isolamento social
- Recreação insuficiente

00062

Risco de tensão do papel de cuidador

(1992, 2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à dificuldade em desempenhar o papel de cuidador na família/pessoa significativa que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Adaptação ineficaz da família
- Alteração na função cognitiva do receptor de cuidados
- Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidado
- Atividades de recreação insuficientes para o cuidador
- Atraso no desenvolvimento
- Atraso no desenvolvimento do cuidador
- Codependência
- Complexidade das tarefas de cuidado
- Compromissos relacionados ao papel do cuidador que competem entre si
- Cuidador é o cônjuge
- Cuidador feminino
- Cuidador não está pronto, do ponto de vista do desenvolvimento, para esse papel
- Curso imprevisível da doença
- Defeito congênito
- Disfunção da família anterior à situação de prestação de cuidados
- Duração excessiva dos cuidados necessários
- Estressores
- Exposição à violência
- Gravidade da doença do receptor de cuidados
- História anterior de relacionamento insatisfatório entre o cuidador e o receptor de cuidados
- Inexperiência com oferecimento de cuidados
- Instabilidade na saúde do receptor de cuidados
- Insuficiência de descanso do cuidador
- Isolamento da família
- Isolamento do cuidador
- O receptor de cuidados apresenta comportamento bizarro
- O receptor de cuidados apresenta desvios de comportamento
- Padrão ineficaz de enfrentamento do cuidador

- Prejuízo na saúde do cuidador
- Prematuridade
- Presença de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Problemas psicológicos do receptor de cuidados
- Problemas psicológicos no cuidador
- Quantidade excessiva de tarefas de cuidado
- Receptor de cuidados com alta para casa e com necessidades importantes de cuidados em casa

00063

Processos familiares disfuncionais

(1994, 2008, LOE 2.1)

Definição

Funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a série de crises que se autopropetuum.

Características definidoras

Comportamentais

- Abuso de substâncias
- Abuso verbal de filhos
- Abuso verbal de pai/mãe
- Abuso verbal de parceiro
- Adição em nicotina
- Agitação
- Alteração na concentração
- As orientações favorecem mais o alívio de tensão que o alcance de metas
- Autojulgamento rígido
- Busca de afirmação
- Busca de aprovação
- Caos
- Característica de criticar
- Característica de evitar conflitos
- Comportamento em que não se pode confiar
- Conhecimento insuficiente sobre uso de substâncias
- Culpabilização
- Culpar a si mesmo
- Dependência
- Dificuldade com transições do ciclo de vida
- Dificuldade nos relacionamentos íntimos
- Dificuldade para divertir-se
- Doença física relacionada a estresse
- Escalada de conflitos
- Expressão inapropriada de raiva
- Facilidade para um padrão de uso de substância
- Falha em realizar as tarefas do desenvolvimento
- Habilidades ineficazes de comunicação

- Habilidades insuficientes para solucionar problemas
- Imaturidade
- Incapacidade de aceitar ajuda
- Incapacidade de aceitar uma ampla gama de sentimentos
- Incapacidade de adaptar-se a mudanças
- Incapacidade de atender às necessidades de proteção de seus membros
- Incapacidade de atender às necessidades emocionais de seus membros
- Incapacidade de atender às necessidades espirituais de seus membros
- Incapacidade de expressar uma ampla gama de sentimentos
- Incapacidade de lidar com experiências traumáticas de forma construtiva
- Incapacidade de receber ajuda de maneira adequada
- Isolamento social
- Lutas por poder
- Manipulação
- Mentira
- Negação de problemas
- Ocasões especiais centradas no uso de substâncias
- Padrão contraditório de comunicação
- Padrão de controle da comunicação
- Padrão paradoxal de comunicação
- Perturbação no desempenho acadêmico dos filhos
- Pesar complicado
- Promessas rompidas
- Racionalização
- Recusa em buscar ajuda
- Redução do contato físico

Sentimentos

- Abandono
- Ansiedade
- Assumir responsabilidade por comportamento de uso de substância
- Baixa autoestima
- Confusão
- Confusão entre amor e pena
- Controle das emoções pelos outros
- Culpa
- Depressão
- Desconfiança
- Desesperança
- Desvalorização
- Emoções reprimidas
- Fracasso
- Frustração
- Hostilidade

- Impotência
- Infelicidade
- Insatisfação
- Insegurança
- Isolamento emocional
- Mau humor
- Medo
- Perda
- Perda da identidade
- Procedimento cirúrgico
- Raiva
- Rejeição
- Ressentimento persistente
- Sentir que não é amado
- Sentir-se diferente dos outros
- Sentir-se ferido
- Sentir-se incompreendido
- Sofrimento
- Solidão
- Tensão
- Vergonha
- Vulnerabilidade

Papéis e relacionamentos

- Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuos
- Coesão insuficiente
- Comunicação ineficaz com o parceiro
- Conflito entre os parceiros
- Desvantagem financeira
- Deterioração nos relacionamentos familiares
- Dinâmicas familiares perturbadas
- Disfunção da intimidade
- Falta de habilidades necessárias para relacionamentos
- Família não demonstra respeito pela autonomia de seus membros
- Família não demonstra respeito pela individualidade de seus membros
- Função de papel alterada
- Negação da família
- Negligência de obrigações para com membro da família
- Padrão de rejeição
- Papéis familiares interrompidos
- Paternidade/maternidade inconsistente
- Percepção de apoio paterno/materno como insuficiente
- Problemas familiares crônicos

- Relacionamentos familiares triangulados
- Rituais familiares interrompidos
- Sistemas de comunicação fechados

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Estratégias ineficazes de enfrentamento
- Fatores biológicos
- Habilidades insuficientes de solução de problemas
- História familiar de abuso de substâncias
- História familiar de resistência ao tratamento
- Personalidade aditiva
- Predisposição genética a abuso de substâncias

00060

Processos familiares interrompidos

(1982, 1998)

Definição

Mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família.

Características definidoras

- Conclusão ineficaz de tarefas
- Mudança na intimidade
- Mudança na satisfação com a família
- Mudança na somatização
- Mudança nas tarefas designadas
- Mudança nos comportamentos de redução do estresse
- Mudança nos padrões de comunicação
- Mudanças em expressões de conflito com os recursos da comunidade
- Mudanças em expressões de isolamento dos recursos da comunidade
- Mudanças em rituais
- Mudanças na disponibilidade para apoio emocional
- Mudanças na disponibilidade para resposta afetiva
- Mudanças na participação na tomada de decisões
- Mudanças na participação para a solução de problemas
- Mudanças na resolução de conflitos familiares
- Mudanças nas alianças de poder
- Mudanças no apoio mútuo
- Mudanças nos padrões de relacionamento

Fatores relacionados

- Crise de desenvolvimento
- Crises situacionais
- Modificação da condição social da família
- Modificação nas finanças da família
- Mudança do estado de saúde de um membro da família
- Mudança do poder de membros da família
- Mudanças na interação com a comunidade
- Transição desenvolvimental
- Transição situacional
- Troca de papéis na família

00159

Disposição para processos familiares melhorados

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de funcionamento familiar para sustentar o bem-estar dos membros da família e que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a adaptação da família a mudanças
- Expressa desejo de melhorar a dinâmica familiar
- Expressa desejo de melhorar a interdependência com a comunidade
- Expressa desejo de melhorar a resiliência familiar
- Expressa desejo de melhorar a segurança dos membros da família
- Expressa desejo de melhorar o crescimento dos membros da família
- Expressa desejo de melhorar o equilíbrio entre autonomia e coesão
- Expressa desejo de melhorar o nível de energia da família para possibilitar as atividades da vida diária
- Expressa desejo de melhorar o padrão de comunicação
- Expressa desejo de melhorar o respeito pelos membros da família
- Expressa desejo de reforçar a manutenção dos limites entre os membros da família

00058

Risco de vínculo prejudicado

(1994, 2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à ruptura do processo interativo entre pais/pessoa significativa e a criança que promove o desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Ansiedade
- Barreira física (p. ex., bebê em incubadora)
- Comportamento desorganizado do recém-nascido
- Conflito do(a) pai/mãe devido a comportamento desorganizado do bebê
- Doença da criança impede o início do contato do(a) pai/mãe
- Falta de privacidade
- Incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades pessoais
- Prematuridade
- Separação entre pai/mãe-filho

00064

Conflito no papel de pai/mãe

(1988)

Definição

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

Características definidoras

- Ansiedade
- Culpa
- Frustração
- Inadequação percebida para atender às necessidades do filho (p. ex., físicas, emocionais)
- Medo
- Perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho
- Preocupação em relação à família (p. ex., funcionamento, comunicação, saúde)
- Preocupação em relação a mudanças no papel paterno/materno
- Relutância em participar de atividades usuais de cuidado
- Ruptura nas rotinas de cuidado

Fatores relacionados

- Cuidado domiciliar de uma criança com necessidades especiais
- Interrupções da vida familiar em virtude do regime de cuidado domiciliar (p. ex., tratamentos, cuidadores, falta de folgas do cuidador)
- Intimidação com relação a modalidades de tratamento restritivas (p. ex., isolamento)
- Intimidação com relação a modalidades invasivas (p. ex., entubação)
- Mudança na situação conjugal
- Separação pais-criança
- Vida em locais não tradicionais (p. ex., lar adotivo, cuidados em grupo ou instituição)

00055

Desempenho de papel ineficaz

(1978, 1996, 1998)

Definição

Padrão de comportamento e autoexpressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.

Características definidoras

- Adaptação inadequada à mudança
- Ambivalência de papel
- Ansiedade
- Apoio externo insuficiente para o desempenho do papel
- Assédio
- Autocontrole insuficiente
- Confiança insuficiente
- Conflito de papéis
- Conflito de sistema
- Confusão de papéis
- Conhecimento insuficiente das exigências do papel
- Depressão
- Desempenho de papel ineficaz
- Discriminação
- Estratégias inadequadas de enfrentamento
- Expectativas de desenvolvimento inapropriadas
- Habilidades insuficientes
- Impotência
- Incerteza
- Insatisfação com o papel
- Motivação insuficiente
- Mudança na autopercepção do papel
- Mudança na capacidade de reassumir o papel
- Mudança na percepção de outros sobre o papel
- Mudança nos padrões habituais de responsabilidade
- Negação do papel
- Oportunidades insuficientes para desempenho do papel
- Percepções de papel alteradas
- Pessimismo
- Tensão do papel

- Violência doméstica

Fatores relacionados

De conhecimento

- Baixo nível educacional
- Expectativas não realistas a respeito do papel
- Inadequação de modelo do papel
- Preparo insuficiente para o papel (p. ex., transição de papel, treinamento das habilidades, validação)

Fisiológicos

- Abuso de substância
- Alteração da imagem corporal
- Baixa autoestima
- Defeito neurológico
- Depressão
- Doença física
- Dor
- Fadiga
- Questão de saúde mental (p. ex., depressão, psicose, transtorno da personalidade, abuso de substância)

Sociais

- Altas exigências do horário de trabalho
- Conflito
- Economicamente desfavorecido
- Estressores
- Idade jovem
- Nível de desenvolvimento inapropriado para a expectativa do papel
- Recompensas insuficientes
- Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimentos)
- Sistema de apoio insuficiente
- Socialização insuficiente do papel
- Vínculo inadequado com o sistema de saúde
- Violência doméstica

00052

Interação social prejudicada

(1986)

Definição

Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.

Características definidoras

- Desconforto em situações sociais
- Função social prejudicada
- Insatisfação com o envolvimento social (p. ex., pertencimento, cuidado, interesse, história compartilhada)
- Interação disfuncional com outras pessoas
- Relato familiar de mudança na interação (p. ex., estilo, padrão)

Fatores relacionados

- Ausência de pessoas significativas
- Barreiras ambientais
- Barreiras de comunicação
- Conhecimento insuficiente de como fortalecer a reciprocidade
- Dissonância sociocultural
- Distúrbio no autoconceito
- Habilidades insuficientes para fortalecimento da reciprocidade
- Isolamento terapêutico
- Mobilidade prejudicada
- Processos de pensamento perturbados

00223

Relacionamento ineficaz

(2010, LOE 2.1)

Definição

Padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.

Características definidoras

- Atraso no atendimento às metas de desenvolvimento apropriadas ao estágio do ciclo de vida familiar
- Compreensão inadequada do funcionamento comprometido do parceiro (p. ex., físico, social, psicológico)
- Comunicação insatisfatória entre os parceiros
- Equilíbrio insuficiente na autonomia entre os parceiros
- Equilíbrio insuficiente na colaboração entre os parceiros
- Insatisfação com a relação complementar entre os parceiros
- Insatisfação no atendimento das necessidades emocionais entre os parceiros
- Insatisfação no atendimento das necessidades físicas entre os parceiros
- Insatisfação no compartilhamento de ideias entre os parceiros
- Insatisfação no compartilhamento de informações entre os parceiros
- Insuficiência de apoio mútuo nas atividades cotidianas entre os parceiros
- Parceiro não identificado como pessoa de apoio
- Respeito mútuo insuficiente entre os parceiros

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alteração na função cognitiva de um parceiro
- Crises do desenvolvimento
- Encarceramento de um parceiro
- Estressores
- Expectativas irreais
- Habilidades ineficazes de comunicação
- História de violência doméstica

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00229

Risco de relacionamento ineficaz

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade ao desenvolvimento de um padrão insuficiente para oferecimento de parceria mútua para o atendimento das necessidades recíprocas.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Crises de desenvolvimento
- Encarceramento de um parceiro
- Estressores
- Expectativas irreais
- Habilidades insatisfatórias de comunicação
- História de violência doméstica
- Mudanças cognitivas em um parceiro

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Disposição para relacionamento melhorado

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de parceria mútua para atender às necessidades recíprocas e que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a autonomia entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar a colaboração entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar a compreensão da deficiência funcional do parceiro (p. ex., físico, psicológico, social)
- Expressa desejo de melhorar a comunicação entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar a satisfação com a relação complementar entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar a satisfação com o atendimento às necessidades emocionais de cada parceiro
- Expressa desejo de melhorar a satisfação com o atendimento às necessidades físicas de cada um dos parceiros
- Expressa desejo de melhorar a satisfação com o compartilhamento de ideias entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar a satisfação com o compartilhamento de informações entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar o atendimento às necessidades emocionais de cada parceiro
- Expressa desejo de melhorar o respeito mútuo entre os parceiros

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Domínio 8

Sexualidade

Disfunção sexual

(1980, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Alteração na atividade sexual
- Alteração na excitação sexual
- Alteração na satisfação sexual
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável
- Limitação sexual percebida
- Mudança do interesse por outras pessoas
- Mudança indesejada na função sexual
- Mudanças no interesse por si mesmo
- Mudanças no papel sexual
- Redução do desejo sexual

Fatores relacionados

- Abuso psicossocial (p. ex., controle, manipulação, abuso verbal)
- Alteração na estrutura do corpo (em razão de anomalia, doença, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
- Alteração na função do corpo (em razão de anomalia, doença, medicamento, gravidez, radiação, cirurgia, trauma, etc.)
- Ausência de privacidade
- Conflito de valores
- Conhecimento insuficiente da função sexual
- Falta de pessoa significativa
- Informações erradas sobre a função sexual
- Modelo inadequado de papel
- Presença de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Vulnerabilidade

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00065

Padrão de sexualidade ineficaz

(1986, 2006, LOE 2.1)

Definição

Expressões de preocupação quanto à própria sexualidade.

Características definidoras

- Alteração na atividade sexual
- Alteração nas relações com pessoa significativa
- Alteração no comportamento sexual
- Conflito de valores
- Dificuldades na atividade sexual
- Dificuldades nos comportamentos sexuais
- Mudança no papel sexual

Fatores relacionados

- Conflitos com a orientação sexual
- Conflitos com preferências variadas
- Conhecimento insuficiente de alternativas relacionadas à sexualidade
- Falta de habilidades quanto a alternativas relativas à sexualidade
- Falta de pessoa significativa
- Falta de privacidade
- Medo de adquirir infecção sexualmente transmissível
- Medo de gravidez
- Modelo de papel inadequado
- Relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de binômio mãe-feto perturbado

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à ruptura do binômio simbiótico mãe/feto em consequência de comorbidade ou condições relacionadas à gestação, e que pode comprometer a saúde do feto.

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Alteração no metabolismo da glicose prejudicado (p. ex., diabetes melito, uso de esteroides)
- Complicações da gestação (p. ex., ruptura prematura de membranas, placenta prévia ou deslocamento, múltiplas gestações)
- Cuidado pré-natal inadequado
- Presença de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Regime de tratamento
- Transporte de oxigênio ao feto comprometido (em razão de anemia, asma, doença cardíaca, hipertensão, convulsões, trabalho de parto prematuro, hemorragia, etc.)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Processo de criação de filhos ineficaz

(2010, LOE 2.1)

Definição

Processo de gestação, nascimento e cuidados do recém-nascido que não combinam com o contexto ambiental, as normas e as expectativas.

Características definidoras

Durante a gestação

- Acesso insuficiente a sistemas de apoio
- Controle ineficaz de sintomas desagradáveis na gestação
- Cuidado pré-natal inadequado
- Estilo de vida inadequado de pré-natal (p. ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono)
- Plano de nascimento não realista
- Preparo inadequado do ambiente de casa
- Preparo inadequado dos itens necessários ao cuidado do recém-nascido
- Respeito insuficiente pelo bebê ainda não nascido

Durante o trabalho de parto e o nascimento

- Acesso insuficiente a sistemas de apoio
- Comportamento de vínculo insuficiente
- Estilo de vida inadequado ao estágio do trabalho de parto (p. ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono)
- Redução da proatividade durante o trabalho de parto e o parto
- Resposta inadequada ao início do trabalho de parto

Após o nascimento

- Acesso insuficiente a sistemas de apoio
- Ambiente inseguro para o lactente
- Comportamento de vínculo insuficiente
- Cuidados inadequados com as mamas
- Estilo de vida pós-parto inadequado (p. ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono)
- Técnicas inadequadas de cuidados do bebê
- Técnicas inadequadas para alimentar o bebê

Fatores relacionados

- Abuso de substância

- Ambiente inseguro
- Baixa confiança materna
- Conhecimento insuficiente do processo de criação de filhos
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada
- Impotência materna
- Modelo insuficiente de papel de pai/mãe
- Nutrição materna inadequada
- Plano não realista de nascimento
- Sistemas de apoio insuficientes
- Sofrimento psicológico materno
- Violência doméstica
- Visitas de saúde inconsistentes no pré-natal

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de processo de criação de filhos ineficaz

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a não combinar com o contexto, as normas e as expectativas ambientais da gestação, processo de nascimento e cuidados do recém-nascido.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Baixa confiança materna
- Conhecimento insuficiente sobre o processo de nascimento
- Cuidados insuficientes no pré-natal
- Falta de prontidão cognitiva para a paternidade/maternidade
- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada
- Impotência materna
- Modelo inadequado de papel paterno/materno
- Nutrição materna inadequada
- Plano não realista de nascimento
- Sistemas de apoio insuficientes
- Sofrimento psicológico materno
- Violência doméstica
- Visitas de saúde no pré-natal inconsistentes

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Disposição para processo de criação de filhos melhorado

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de preparo e manutenção de gestação e do processo de nascimento saudáveis e dos cuidados do recém-nascido para assegurar o bem-estar e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

Durante a gravidez

- Expressa desejo de melhorar o controle de sintomas desagradáveis na gestação
- Expressa desejo de melhorar o estilo de vida pré-natal (p. ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono)
- Expressa desejo de melhorar o preparo para o recém-nascido
- Expressa desejo de melhorar os conhecimentos do processo de criação de filhos

Durante o trabalho de parto e o nascimento

- Expressa desejo de melhorar a proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento
- Expressa desejo de melhorar o estilo de vida apropriado ao estágio do trabalho de parto (p. ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono)

Após o nascimento

- Expressa desejo de melhorar a segurança ambiental para o bebê
- Expressa desejo de melhorar as técnicas de cuidado do bebê
- Expressa desejo de melhorar as técnicas para alimentar o bebê
- Expressa desejo de melhorar o comportamento de vínculo
- Expressa desejo de melhorar o cuidado das mamas
- Expressa desejo de melhorar o estilo de vida após o parto (p. ex., eliminação, exercício, nutrição, higiene pessoal, sono)
- Expressa desejo de melhorar o uso de sistemas de apoio

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Domínio 9

Enfrentamento/tolerância ao estresse

00114

Síndrome do estresse por mudança

(1992, 2000)

Definição

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

Características definidoras

- Alienação
- Alteração no padrão do sono
- Ansiedade
- Aumento de enfermidade
- Aumento dos sintomas físicos
- Dependência
- Depressão
- Falta de vontade para mudar-se
- Frustração
- Insegurança
- Isolamento
- Medo
- Perda da autoestima
- Perda da autovalorização
- Perda de identidade
- Pessimismo
- Preocupação
- Preocupação quanto à mudança
- Raiva
- Retraimento
- Solidão
- Verbalização de necessidades aumentada

Fatores relacionados

- Aconselhamento insuficiente anterior à partida
- Barreira de idioma
- Estado de saúde comprometido
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Funcionamento psicossocial prejudicado
- História de perda

- Impotência
- Imprevisibilidade da experiência
- Isolamento social
- Mudança de um ambiente para outro
- Sistema de apoio insuficiente

00149

Risco de síndrome do estresse por mudança (2000, 2013)

Definição

Vulnerabilidade a distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de transferência de um ambiente para outro e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Aconselhamento insuficiente anterior à partida
- Competência mental deficiente
- Estado de saúde comprometido
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- História de perda
- Impotência
- Imprevisibilidade da experiência
- Mudança ambiental significativa
- Mudança de um ambiente para outro
- Sistema insuficiente de apoio

00142

Síndrome do trauma de estupro

(1980, 1998)

Definição

Resposta mal-adaptada sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima.

Características definidoras

- Abuso de substância
- Agitação
- Agressão
- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade
- Baixa autoestima
- Choque
- Confusão
- Constrangimento
- Culpa
- Culpar a si mesmo
- Dependência
- Depressão
- Desesperança
- Desorganização
- Disfunção sexual
- Espasmos musculares
- Estado hiperalerta
- Fobias
- História de tentativa de suicídio
- Humilhação
- Impotência
- Medo
- Mudança(s) no(s) relacionamento(s)
- Negação
- Oscilações no humor
- Paranoia
- Pensamentos de vingança
- Pesadelos
- Raiva

- Tomada de decisões prejudicada
- Transtorno de identidade dissociativa
- Trauma físico
- Vergonha
- Vulnerabilidade percebida

Fatores relacionados

- Estupro

00141

Síndrome pós-trauma

(1986, 1998, 2010; LOE 2.1)

Definição

Resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo.

Características definidoras

- Abuso de substância
- Agressão
- Alienação
- Alteração na concentração
- Alteração no humor
- Amnésia dissociativa
- Ansiedade (00146)
- Ataques de pânico
- Cefaleia
- Comportamentos de esquiva
- Culpa
- Depressão
- Desesperança (00124)
- Enurese
- Hipervigilância
- História de desligamento
- Horror
- Irritabilidade
- Irritabilidade gastrointestinal
- Irritabilidade neurosensorial
- Lembranças repetidas dos fatos (flashbacks)
- Medo (00148)
- Negação
- Palpitações cardíacas
- Pensamentos invasivos
- Pesadelos
- Pesar (00136)
- Raiva
- Relato de sensação de entorpecimento
- Repressão
- Resposta exagerada de susto

- Sonhos invasivos
- Vergonha

Fatores relacionados

- Acidentes graves (p. ex., industrial, de veículos motores)
- Ameaça grave a entes queridos
- Ameaça grave a si mesmo
- Comportamento de autolesão
- Destruição da própria casa
- Eventos fora do alcance da experiência humana habitual
- Exposição a desastre (p. ex., natural ou causado pelo homem)
- Exposição à epidemia
- Exposição a evento envolvendo múltiplas mortes
- Exposição à guerra
- História de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de ser prisioneiro de guerra
- História de tortura
- História de vitimização criminal
- Lesão grave a entes queridos
- Testemunhar morte violenta
- Testemunhar mutilação

00145

Risco de síndrome pós-trauma

(1998)

Definição

Vulnerabilidade à resposta mal-adaptada sustentada a um evento traumático e opressivo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente que não atende às necessidades
- Deslocamento de casa
- Duração do evento traumático
- Força do ego diminuída
- Papel de sobrevivente
- Percepção de evento como traumático
- Profissões de atendimento às populações (p. ex., polícia, bombeiros, resgate, penitenciária, equipe de pronto-socorro, trabalhador da área de saúde mental)
- Senso de responsabilidade exagerado
- Suporte social inadequado

00146

Ansiedade

(1973, 1982, 1998)

Definição

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

Características definidoras

Comportamentais

- Comportamento examinador
- Estar irrequieto
- Hipervigilância
- Inquietação
- Insônia
- Movimentos pouco comuns
- Observação atenta
- Pouco contato visual
- Preocupações devido à mudança em eventos da vida
- Produtividade diminuída

Afetivas

- Agonia
- Angústia
- Apreensão
- Desamparo
- Excitação excessiva
- Foco em si mesmo
- Incerteza
- Irritabilidade
- Medo
- Muita agitação
- Nervosismo
- Pesaroso
- Sensação de inadequação
- Suspeição aumentada

Fisiológicas

- Aumento da tensão
- Aumento da transpiração
- Estremecimento
- Tensão facial
- Tremores
- Tremores nas mãos
- Voz trêmula

Simpáticas

- Alteração no padrão respiratório
- Anorexia
- Aumento da pressão sanguínea
- Aumento na frequência cardíaca
- Aumento na frequência respiratória
- Boca seca
- Contrações
- Diarreia
- Dilatação pupilar
- Excitação cardiovascular
- Fraqueza
- Palpitações cardíacas
- Reflexos rápidos
- Rubor facial
- Vasoconstrição superficial

Parassimpáticas

- Alteração no padrão de sono
- Desmaio
- Diarreia
- Dor abdominal
- Fadiga
- Formigamento das extremidades
- Frequência urinária
- Hesitação urinária
- Náusea
- Redução na frequência cardíaca
- Redução na pressão sanguínea
- Urgência urinária

Cognitivas

- Alteração na atenção
- Alteração na concentração
- Bloqueio de pensamento
- Campo de percepção diminuído
- Capacidade diminuída de solucionar problemas

- Capacidade diminuída para aprender
- Confusão
- Consciência dos sintomas fisiológicos
- Esquecimento
- Preocupação
- Ruminação
- Tendência a culpar outros

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Ameaça à condição atual
- Ameaça de morte
- Conflito de valores
- Conflito sobre as metas da vida
- Contágio interpessoal
- Crise maturacional
- Crise situacional
- Estressores
- Exposição à toxina
- Hereditariedade
- História familiar de ansiedade
- Mudança importante (p. ex., condição econômica, ambiente, condição de saúde, função do papel, condição do papel)
- Necessidades não atendidas
- Transmissão interpessoal

00147

Ansiedade relacionada à morte

(1998, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Impotência
- Medo da dor relacionada ao morrer
- Medo de desenvolver doença terminal
- Medo de morte prematura
- Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo
- Medo de sofrimento ao morrer
- Medo de um processo de morte prolongado
- Medo do processo de morrer
- Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer
- Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa
- Preocupação quanto à tensão do cuidador
- Tristeza profunda

Fatores relacionados

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

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00071

Enfrentamento defensivo

(1988, 2008, LOE 2.1)

Definição

Projeção repetida de uma autoavaliação falsamente positiva, baseada em um padrão autoprotetor que defende contra ameaças subjacentes percebidas à autoestima positiva.

Características definidoras

- Alteração em teste de realidade
- Atitude superior em relação aos outros
- Dificuldade para estabelecer relacionamentos
- Dificuldade para manter relacionamentos
- Distorção da realidade
- Gargalhada hostil
- Grandiosidade
- Hipersensibilidade à crítica
- Hipersensibilidade a uma descortesia
- Negação de fraqueza
- Negação de problemas
- Participação insuficiente no tratamento
- Projeção de culpa
- Projeção de responsabilidade
- Racionalização de fracassos
- Ridicularização dos outros
- Seguimento insuficiente do tratamento

Fatores relacionados

- Autoconfiança insuficiente
- Confiança insuficiente nos outros
- Conflito entre autopercepção e sistema de valores
- Expectativas não realistas
- Incerteza
- Medo da humilhação
- Medo de repercussões
- Medo do fracasso
- Resiliência insuficiente
- Sistema de apoio insuficiente

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00074

Enfrentamento familiar comprometido

(1980, 1996)

Definição

Uma pessoa fundamental, geralmente apoiadora (membro da família, pessoa significativa ou amigo íntimo), oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficiente, ineficaz ou comprometido, que pode ser necessário ao cliente para administrar ou dominar as tarefas adaptativas relacionadas a seu desafio de saúde.

Características definidoras

- Cliente preocupado com a resposta da pessoa de apoio a problema de saúde
- Cliente queixa-se da resposta da pessoa de apoio a problema de saúde
- Comportamento protetor da pessoa de apoio incoerente com a necessidade de autonomia do cliente
- Comportamento protetor da pessoa de apoio incoerente com as habilidades do cliente
- Comportamentos de assistência da pessoa de apoio produzem resultados insatisfatórios
- Limitação na comunicação entre a pessoa de apoio e o cliente
- Pessoa de apoio afasta-se do cliente
- Pessoa de apoio relata compreensão inadequada que interfere em comportamentos eficazes
- Pessoa de apoio relata conhecimento insuficiente que interfere em comportamentos eficazes
- Pessoa de apoio relata preocupação com a própria reação à necessidade do cliente

Fatores relacionados

- Apoio insuficiente dado pelo cliente à pessoa de apoio
- Apoio recíproco insuficiente
- Compreensão errada das informações pela pessoa de apoio
- Crise situacional enfrentada pela pessoa de apoio
- Crises de desenvolvimento enfrentadas pela pessoa de apoio
- Desorganização familiar
- Doença prolongada que esgota capacidades da pessoa de apoio
- Exaustão da capacidade da pessoa de apoio
- Informação incorreta obtida pela pessoa de apoio
- Informações insuficientes disponíveis à pessoa de apoio
- Mudança em papéis familiares
- Preocupação da pessoa de apoio com as preocupações fora da família
- Situações coexistentes que afetam a pessoa de apoio

00073

Enfrentamento familiar incapacitado

(1980, 1996, 2008, LOE 2.1)

Definição

Comportamento de pessoa significativa (membro da família, pessoa significativa ou amigo íntimo) que inabilita suas próprias capacidades e as capacidades do cliente para tratar, de maneira eficaz, das tarefas essenciais para a adaptação de qualquer uma dessas pessoas ao desafio da doença.

Características definidoras

- Abandono
- Adota os sintomas da doença do cliente
- Agitação
- Agressão
- Capacidade prejudicada para a estruturação de uma vida significativa
- Comportamentos familiares prejudiciais ao bem-estar
- Dependência do cliente
- Depressão
- Desconsideração das necessidades do cliente
- Deserção
- Distorção da realidade com relação ao problema de saúde do cliente
- Foco exagerado prolongado no cliente
- Hostilidade
- Individualismo prejudicado
- Intolerância
- Negligente em relação às necessidades básicas do cliente
- Negligente quanto ao regime de tratamento
- Negligente quanto ao relacionamento com membro da família
- Realização das rotinas usuais, desconsiderando as necessidades do cliente
- Rejeição
- Sintomas psicossomáticos

Fatores relacionados

- Estilos de enfrentamento dissonantes entre as pessoas de apoio
- Estilos de enfrentamento diferentes de pessoa de apoio e cliente
- Manejo inconsistente da resistência da família ao tratamento
- Pessoa de apoio com sentimentos cronicamente não expressos
- Relacionamentos familiares ambivalentes

00075

Disposição para enfrentamento familiar melhorado

(1980, 2013)

Definição

Padrão de controle das tarefas adaptativas por pessoa de referência (membro da família, pessoa significativa ou amigo íntimo) envolvida com o desafio de saúde do cliente que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Expressa desejo de admitir o impacto crescente da crise
- Expressa desejo de enriquecimento do estilo de vida
- Expressa desejo de escolher experiências que otimizem o bem-estar
- Expressa desejo de melhorar a conexão com outros que tenham passado por situação similar
- Expressa desejo de melhorar a promoção da saúde

00069

Enfrentamento ineficaz

(1978, 1998)

Definição

Incapacidade de realizar uma avaliação válida dos estressores, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis.

Características definidoras

- Abuso de substância
- Alteração na concentração
- Alteração no padrão de sono
- Comportamento de assumir riscos
- Comportamento destrutivo em relação a si mesmo
- Comportamento destrutivo em relação aos outros
- Comportamento voltado a metas insuficiente
- Dificuldade para organizar informações
- Doenças frequentes
- Fadiga
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas
- Incapacidade de atender às expectativas do papel
- Incapacidade de lidar com uma situação
- Incapacidade de pedir ajuda
- Incapacidade de satisfazer às necessidades básicas
- Incapacidade de seguir informações
- Mudança nos padrões de comunicação
- Resolução insuficiente de problemas

Fatores relacionados

- Alto grau de ameaça
- Apoio social insuficiente
- Avaliação imprecisa da ameaça
- Confiança inadequada na capacidade de lidar com a situação
- Crise maturacional
- Crise situacional
- Diferenças de gênero nas estratégias de enfrentamento
- Estratégias ineficazes para alívio de tensão
- Incapacidade de conservar energias adaptativas
- Incerteza

- Oportunidade inadequada de preparar-se para estressores
- Recursos inadequados
- Senso insuficiente de controle

00077

Enfrentamento ineficaz da comunidade

(1994, 1998)

Definição

Padrão de atividades comunitárias para adaptação e resolução de problemas que é insatisfatório para atender às demandas ou necessidades da comunidade.

Características definidoras

- A comunidade não atende às expectativas de seus membros
- Alta incidência de problemas na comunidade (p. ex., homicídios, vandalismo, terrorismo, roubo, abuso, desemprego, pobreza, militância, enfermidade mental)
- Elevada taxa de enfermidades na comunidade
- Estresse excessivo
- Excesso de conflitos na comunidade
- Participação comunitária deficiente
- Percepção de impotência da comunidade
- Percepção de vulnerabilidade da comunidade

Fatores relacionados

- Exposição a desastres (naturais ou provocados pelo homem)
- História de desastres (p. ex., naturais ou provocados pelo homem)
- Recursos inadequados para a resolução de problemas
- Recursos insuficientes da comunidade (p. ex., folgas de cuidador, recreação, apoio social)
- Sistemas inexistentes na comunidade

00158

Disposição para enfrentamento melhorado

(2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas relativas ao bem-estar e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar o apoio social
- Expressa desejo de melhorar o conhecimento do estresse
- Expressa desejo de melhorar o controle de estressores
- Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias orientadas pela emoção
- Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias voltadas ao problema
- Expressa desejo de melhorar o uso de recursos espirituais
- Percepção de possíveis mudanças de ambiente

00076

Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade

(1994; 2013)

Definição

Padrão de atividades da comunidade para adaptação e resolução de problemas para atender às demandas ou necessidades da comunidade que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a comunicação entre agregados e a comunidade mais ampla
- Expressa desejo de melhorar a comunicação entre membros da comunidade
- Expressa desejo de melhorar a disponibilidade de programas de relaxamento na comunidade
- Expressa desejo de melhorar a disponibilidade de programas recreativos na comunidade
- Expressa desejo de melhorar a responsabilidade da comunidade para controle de estresse
- Expressa desejo de melhorar a solução de problemas para uma questão identificada
- Expressa desejo de melhorar o planejamento da comunidade para estressores previsíveis
- Expressa desejo de melhorar os recursos da comunidade para controlar estressores

00177

Sobrecarga de estresse

(2006, LOE 3.2)

Definição

Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.

Características definidoras

- Aumento da impaciência
- Aumento da raiva
- Aumento de comportamento de raiva
- Estresse excessivo
- Funcionamento prejudicado
- Impacto negativo da tensão (p. ex., sintomas físicos, sofrimento psicológico, sentir-se doente)
- Sensação de opressão
- Tensão
- Tomada de decisão prejudicada

Fatores relacionados

- Estresse excessivo
- Estressores
- Estressores repetidos
- Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimento)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00125

Sentimento de impotência

(1982, 2010, LOE 2.1)

Definição

Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado.

Características definidoras

- Alienação
- Dependência
- Depressão
- Dúvida em relação ao desempenho do papel
- Frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores
- Participação inadequada no cuidado
- Sensação de controle insuficiente
- Vergonha

Fatores relacionados

- Ambiente institucional disfuncional
- Interações interpessoais insuficientes
- Regime de tratamento complexo

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00152

Risco de sentimento de impotência

(2000, 2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado, e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Baixa autoestima
- Conhecimento insuficiente para controlar a situação
- Desvantagem financeira
- Dor
- Enfermidade
- Enfermidade progressiva
- Estigmatização
- Estratégias ineficazes de enfrentamento
- Imprevisibilidade do curso da enfermidade
- Marginalização social
- Papel de cuidador

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00148

Medo

(1980, 1996, 2000)

Definição

Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Características definidoras

- Apreensão
- Autossegurança diminuída
- Excitação
- Inquietação
- Náusea
- Palidez
- Pressão sanguínea aumentada
- Pupilas dilatadas
- Sensação de alarme
- Sensação de medo
- Sensação de pânico
- Sensação de receio
- Sensação de terror
- Tensão aumentada
- Tensão muscular
- Vômito

Cognitivas

- Capacidade de aprendizagem diminuída
- Capacidade de resolução de problemas diminuída
- Estímulos entendidos como ameaça
- Identifica objeto do medo
- Produtividade diminuída

Comportamentais

- Comportamentos de ataque
- Comportamentos de esquiva
- Estado de alerta aumentado
- Foco direcionado para a fonte do medo
- Impulsividade

Fisiológicas

- Anorexia

- Boca seca
- Diarreia
- Dispneia
- Fadiga
- Frequência respiratória aumentada
- Mudança na reação fisiológica (p. ex., pressão sanguínea, frequências cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, dióxido de carbono [CO²] corrente final)
- Transpiração aumentada

Fatores relacionados

- Ausência de familiaridade com o local
- Barreira linguística
- Déficit sensorial (p. ex., visual, auditivo)
- Estímulo fóbico
- Mecanismo liberador inato em resposta a estímulos externos (p. ex., neurotransmissores)
- Resposta aprendida
- Resposta inata a estímulos (p. ex., ruído repentino, altura)
- Separação do sistema de apoio

00072

Negação ineficaz

(1988, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Afeto inadequado
- Desloca a fonte dos sintomas
- Desloca o medo do impacto da condição
- Minimiza os sintomas
- Não admite impacto da doença na vida
- Não percebe a relevância dos sintomas
- Não percebe relevância do perigo
- Nega medo da morte
- Nega medo de invalidez
- Recusa assistência à saúde
- Retarda a procura de assistência à saúde
- Usa comentários de afastamento ao falar sobre evento causador de sofrimento
- Usa gestos de afastamento ao falar sobre evento causador de sofrimento
- Utiliza tratamento não aconselhado pelo profissional de saúde

Fatores relacionados

- Ameaça de realidade desagradável
- Ansiedade
- Apoio emocional insuficiente
- Estratégias ineficazes de enfrentamento
- Estresse em excesso
- Inadequação percebida no trato de emoções fortes
- Medo da morte
- Medo da separação
- Medo de perda da autonomia
- Senso insuficiente de controle

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00136

Pesar

(1980, 1996, 2006, LOE 2.1)

Definição

Processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos emocionais, físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias.

Características definidoras

- Afastamento
- Aflição
- Alteração no padrão de sono
- Alterações na função imunológica
- Alterações na função neuroendócrina
- Alterações no nível de atividade
- Alterações nos padrões de sonho
- Comportamento de pânico
- Crescimento pessoal
- Culpa
- Culpa por sentir alívio
- Desespero
- Desorganização
- Dor
- Encontrar sentido na perda
- Manutenção da conexão com o falecido
- Raiva
- Sofrimento psicológico

Fatores relacionados

- Antecipação de perda de objeto significativo (p. ex., pertences, emprego, condição social)
- Antecipação de perda de pessoa significativa
- Morte de pessoa significativa
- Perda de objeto significativo (p. ex., pertences, emprego, condição social, casa, partes do corpo)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00135

Pesar complicado

(1980, 1996, 2004, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Ansiedade
- Baixos níveis de intimidade
- Busca de uma pessoa falecida
- Culpar a si mesmo
- Depressão
- Desconfiança
- Descrença
- Esquiva do pesar
- Estresse em excesso
- Fadiga
- Não aceitação de uma morte
- Persistência de memórias dolorosas
- Preocupação com pensamentos sobre a pessoa falecida
- Raiva
- Redução das funções nos papéis de vida
- Ruminação
- Saudade da pessoa falecida
- Sensação de abalo
- Sensação de afastamento dos outros
- Sensação de bem-estar insuficiente
- Sensação de choque
- Sensação de estupor
- Sensação de vazio
- Sofrimento da separação
- Sofrimento relativo à pessoa falecida
- Sofrimento traumático
- Vivência dos sintomas tidos pelo falecido

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Morte de pessoa significativa
- Perturbação emocional

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00172

Risco de **pesar** complicado

(2004, 2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a distúrbio que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em atender às expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional capaz de comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente
- Morte de pessoa significativa
- Perturbação emocional

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00199

Planejamento de atividade ineficaz

(2008, LOE 2.1)

Definição

Incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições.

Características definidoras

- Ansiedade excessiva relativa a uma tarefa a ser enfrentada
- Falta de um plano
- Habilidades organizacionais insuficientes
- Medo relativo a uma tarefa a ser enfrentada
- Metas não atendidas para a atividade escolhida
- Padrão de fracasso
- Padrão de procrastinação
- Preocupação relativa a uma tarefa a ser assumida
- Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimento)

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Capacidade insuficiente para processar informações
- Comportamento de fuga defensivo quando diante de uma solução proposta
- Hedonismo
- Percepção irreal de capacidades pessoais
- Percepção irreal do evento

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00226

Risco de planejamento de atividade ineficaz

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a uma incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente
- Capacidade insuficiente de processar informações
- Comportamento de fuga quando diante de uma solução proposta
- Hedonismo
- Metas não atendidas para a atividade escolhida
- Padrão de procrastinação
- Preocupação com a tarefa a ser assumida

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00187

Disposição para poder melhorado

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de participação intencional na mudança para o bem-estar e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa disposição para aumentar a identificação de escolhas possíveis para uma mudança
- Expressa disposição para aumentar a independência de ações de mudança
- Expressa disposição para aumentar a participação em escolhas sobre a vida diária
- Expressa disposição para aumentar a participação nas escolhas de saúde
- Expressa disposição para aumentar a percepção de possíveis mudanças
- Expressa disposição para aumentar o conhecimento para participação em mudanças
- Expressa disposição para aumentar o envolvimento na mudança
- Expressa disposição para aumentar o poder

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00241

Regulação do humor prejudicada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Estado mental caracterizado por mudanças no humor ou no afeto e que abarca uma série de manifestações afetivas, cognitivas, somáticas e/ou fisiológicas, variando de leves a graves.

Características definidoras

- Afastamento
- Afeto triste
- Agitação psicomotora
- Autoestima influenciada
- Autopercepção excessiva
- Concentração prejudicada
- Culpa excessiva
- Culpabilização excessiva de si mesmo
- Desesperança
- Desinibição
- Disforia
- Fluxo rápido de pensamentos
- Irritabilidade
- Mudanças no comportamento verbal
- Retardo psicomotor

Fatores relacionados

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade
- Doença crônica
- Dor
- Função social prejudicada
- Hipervigilância
- Ideias de morte recorrentes
- Ideias de suicídio recorrentes
- Isolamento social
- Mau uso de substâncias
- Mudança no apetite
- Mudança no peso

- Prejuízo funcional
- Psicose
- Solidão

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00211

Risco de resiliência comprometida

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à redução da capacidade de manter um padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Cronicidade das crises existentes
- Múltiplas situações adversas coexistentes
- Nova crise (p. ex., gravidez não planejada, perda da residência, morte do cônjuge)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00212

Disposição para resiliência melhorada

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa que pode ser reforçado.

Características definidoras

- Demonstra perspectiva positiva
- Expressa desejo de melhorar a autoestima
- Expressa desejo de melhorar a própria responsabilidade pelas ações
- Expressa desejo de melhorar a resiliência
- Expressa desejo de melhorar a segurança ambiental
- Expressa desejo de melhorar a sensação de controle
- Expressa desejo de melhorar as habilidades de comunicação
- Expressa desejo de melhorar as relações com os outros
- Expressa desejo de melhorar o envolvimento em atividades
- Expressa desejo de melhorar o estabelecimento de metas
- Expressa desejo de melhorar o progresso na direção de metas
- Expressa desejo de melhorar o sistema de apoio
- Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias de enfrentamento
- Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias para controle de conflitos
- Expressa desejo de melhorar o uso de recursos
- Expressa desejo de melhorar os recursos disponíveis

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00210

Resiliência prejudicada

(2008; LOE 2.1)

Definição

Capacidade reduzida de manter um padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa.

Características definidoras

- Aumento renovado da angústia
- Baixa autoestima
- Culpa
- Depressão
- Estado de saúde prejudicado
- Estratégias ineficazes de enfrentamento
- Interesse diminuído pelas atividades acadêmicas
- Interesse diminuído pelas atividades profissionais
- Isolamento social
- Vergonha

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Baixa capacidade intelectual
- Condição étnica minoritária
- Controle insatisfatório dos impulsos
- Dados demográficos que aumentam a possibilidade de má adaptação
- Economicamente desfavorecido
- Enfermidade mental de pai/mãe
- Exposição à violência
- Família grande
- Gênero feminino
- Paternidade/maternidade inconsistente
- Pouca educação materna
- Transtornos psicológicos
- Violência na comunidade
- Vulnerabilidade percebida

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00137

Tristeza crônica

(1998)

Definição

Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, vivenciada (por pai/mãe, cuidador ou indivíduo com enfermidade crônica ou deficiência) em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma enfermidade ou deficiência.

Características definidoras

- Sentimentos negativos devastadores
- Sentimentos que interferem no bem-estar (p. ex., pessoal, social)
- Tristeza (p. ex., periódica e recorrente)

Fatores relacionados

- Crise no controle da enfermidade
- Crise no controle da deficiência
- Crises relativas aos estágios do desenvolvimento
- Deficiência crônica (p. ex., física, mental)
- Enfermidade crônica
- Marcos não vivenciados
- Morte de uma pessoa amada
- Muito tempo como cuidador
- Oportunidades perdidas

00049

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

(1994)

Definição

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

Características definidoras

- Aumento desproporcional da PIC após um estímulo
- Curva P^2 da PIC elevada
- Curvas da PIC com grande amplitude
- PIC basal ≥ 10 mmHg
- Repetidos aumentos ≥ 10 mmHg por 5 minutos ou mais, após estímulos externos
- Variação no teste de resposta volume-pressão (razão volume-pressão = 2, índice de volume-pressão < 10)

Fatores relacionados

- Aumento sustentado na pressão intracraniana (PIC) de 10-15 mmHg
- Hipotensão sistêmica com hipertensão intracraniana
- Lesão cerebral (p. ex., prejuízo vascular encefálico, doença neurológica, trauma, tumor)
- Redução na perfusão cerebral ≤ 50 -60 mmHg

00116

Comportamento desorganizado do lactente

(1994, 1998)

Definição

Respostas fisiológicas e neurocomportamentais desintegradas de um lactente aos estímulos ambientais.

Características definidoras

Sistema de atenção-interação

- Reação prejudicada a estímulos sensoriais (p. ex., dificuldade para acalmar-se, incapacidade de sustentar o estado de alerta)

Sistema motor

- Estremecimentos
- Hiperextensão das extremidades
- Inquietação
- Mãos cerradas em punho
- Mãos espalmadas
- Mãos no rosto
- Movimentos bruscos
- Movimentos descoordenados
- Reação exagerada de susto
- Reflexos primitivos alterados
- Tônus motor prejudicado

Fisiológicas

- Arritmias
- Bradicardia
- Cor anormal da pele (p. ex., pálida, acinzentada, cianótica)
- Dessaturação de oxigênio
- Intolerâncias alimentares
- Sinais de estresse (p. ex., olhar fixo, soluço, espirro, mandíbula frouxa, boca aberta, extensão da língua)
- Taquicardia

Problemas regulatórios

- Incapacidade de inibir sobressaltos
- Irritabilidade

Sistema de organização do estado sono/vigília

- Atividade EEG alfa difusa com os olhos fechados
- Choro irritável
- Despertar ativo (p. ex., agitado, pasmo, agitado)
- Despertar quieto (p. ex., olhar fixo, desvio de olhar)
- Oscilação de estados

Fatores relacionados

Do cuidador

- Conhecimento insuficiente de indicadores comportamentais
- Estimulação ambiental excessiva
- Interpretação errônea de indicadores

Ambientais

- Ambiente físico inapropriado
- Contenção insuficiente no ambiente
- Estimulação sensorial insuficiente
- Excesso de estímulos
- Privação sensorial

Individuais

- Baixa idade pós-concepção
- Enfermidade
- Função neurológica imatura
- Prematuridade

Pós-natais

- Desnutrição
- Dor
- Função motora prejudicada
- Intolerância alimentar
- Prejuízo oral
- Procedimento invasivo

Pré-natais

- Doenças congênitas
- Doenças genéticas
- Exposição teratogênica

00115

Risco de comportamento desorganizado do lactente

(1994, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à alteração na integração e modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental (p. ex., sistema autonômico, motor, de organização do estado, autorregulador e de atenção/interação).

Fatores de risco

- Contenção insuficiente no ambiente
- Dor
- Função motora prejudicada
- Pai/mãe expressa desejo de melhorar as condições ambientais
- Prejuízo oral
- Prematuridade
- Procedimento
- Procedimento invasivo

00117

Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente

(1994, 2013)

Definição

Padrão de modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e comportamental (p. ex., sistemas autonômico, motor, de organização do estado, autorregulador e de atenção-interação) em um lactente, que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Pai/mãe expressa desejo de melhorar o reconhecimento de indicadores
- Pai/mãe expressa desejo de melhorar o reconhecimento dos comportamentos autorreguladores do bebê

00009

Disreflexia autonômica

(1988)

Definição

Resposta simpática não inibida do sistema nervoso simpático a um estímulo nocivo, após lesão de medula espinal em T7 ou acima, que representa uma ameaça à vida.

Características definidoras

- Bradicardia
- Calafrios
- Cefaleia (dor difusa em diferentes regiões da cabeça e não circunscrita a alguma área de distribuição nervosa)
- Congestão conjuntival
- Congestão nasal
- Diaforese (acima da lesão)
- Dor no peito
- Gosto metálico na boca
- Hipertensão paroxística
- Manchas vermelhas na pele (acima da lesão)
- Palidez (abaixo da lesão)
- Parestesia
- Reflexo pilomotor
- Síndrome de Horner
- Taquicardia
- Visão turva

Fatores relacionados

- Conhecimento insuficiente do processo da doença pelo cuidador
- Distensão intestinal
- Distensão vesical
- Irritação da pele

00010

Risco de disreflexia autonômica

(1998, 2000, 2013)

Definição

Vulnerabilidade a uma resposta do sistema nervoso simpático não inibida e ameaçadora à vida a choque pós-medular, em indivíduo com lesão de medula espinal ou lesão em T6 ou acima (foi demonstrada em pacientes com lesões em T7 e T8) e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Estímulos cardíacos/pulmonares

- Embolia pulmonar
- Trombose venosa profunda

Estímulos gastrintestinais

- Cálculos biliares
- Constipação
- Dificuldade de passagem de fezes
- Distensão intestinal
- Doença do refluxo esofágico
- Enemas
- Estimulação digital
- Fezes impactadas
- Hemorroidas
- Patologia do sistema gastrintestinal
- Supositórios
- Úlcera gástrica

Estímulos musculoesqueléticos e tegumentares

- Espasmo
- Estimulações cutâneas (p. ex., úlcera de pressão, unha encravada, curativos, queimaduras, exantema)
- Exercícios com a amplitude de movimento
- Ferida
- Fraturas
- Osso heterotópico
- Pressão nos genitais
- Pressão sobre proeminências ósseas
- Queimadura de sol

Estímulos neurológicos

- Estímulos de dor abaixo do nível da lesão
- Estímulos irritativos abaixo do nível da lesão

Estímulos de regulação

- Flutuações da temperatura
- Temperaturas ambientais extremas

Estímulos reprodutivos

- Cisto ovariano
- Ejaculação
- Gravidez
- Menstruação
- Período de trabalho de parto e nascimento
- Relação sexual

Estímulos situacionais

- Abstinência de substância (narcóticos/opiáceos)
- Agente farmacológico
- Posicionamento
- Procedimento cirúrgico
- Roupas apertadas (p. ex., cordões, meias, sapatos)

Estímulos urológicos

- Cálculos renais
- Cateterização urinária
- Cistite
- Dissinergia do esfíncter detrusor
- Distensão da bexiga
- Epididimite
- Espasmo da bexiga
- Infecção do trato urinário
- Instrumentação
- Procedimento cirúrgico
- Uretrite

Domínio 10

Princípios da vida

Disposição para bem-estar espiritual melhorado

(1994, 2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

Ligações consigo mesmo

- Expressa desejo de aumentar a aceitação
- Expressa desejo de aumentar a alegria
- Expressa desejo de aumentar a coragem
- Expressa desejo de aumentar a esperança
- Expressa desejo de aumentar a prática da meditação
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com a filosofia de vida
- Expressa desejo de aumentar o amor
- Expressa desejo de aumentar o enfrentamento
- Expressa desejo de aumentar o perdão a si mesmo
- Expressa desejo de aumentar o propósito na vida
- Expressa desejo de aumentar o sentido da vida
- Expressa desejo de melhorar a entrega
- Expressa desejo de serenidade (p. ex., paz)

Ligação com os outros

- Expressa desejo de melhorar a interação com líderes espirituais
- Expressa desejo de melhorar a interação com pessoa significativa
- Expressa desejo de melhorar o perdão aos outros
- Expressa desejo de melhorar os serviços aos outros

Ligação com a arte, a música, a literatura e a natureza

- Expressa desejo de melhorar a energia criativa (p. ex., escrever, fazer poesias, música)
- Expressa desejo de melhorar a leitura espiritual
- Expressa desejo de melhorar o tempo ao ar livre

Ligações com um ser maior que si mesmo

- Expressa desejo de melhorar a oração
- Expressa desejo de melhorar a participação em atividades religiosas

- Expressa desejo de melhorar a reverência
- Expressa desejo de melhorar as experiências místicas

00083

Conflito de decisão

(1988, 2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

- Atraso na tomada de decisão
- Foco em si mesmo
- Incerteza quanto a escolhas
- Questiona as próprias crenças ao tentar chegar a uma decisão
- Questiona princípios morais ao tentar chegar a uma decisão
- Questiona regras morais ao tentar chegar a uma decisão
- Questiona valores morais ao tentar chegar a uma decisão
- Questiona valores pessoais ao tentar chegar a uma decisão
- Reconhece consequências indesejadas das ações consideradas
- Sinais físicos de angústia (p. ex., frequência cardíaca aumentada, inquietação)
- Sinal físico de tensão
- Sofrimento enquanto toma uma decisão
- Vacilação ao escolher

Fatores relacionados

- Ameaça percebida ao sistema de valores
- Conflito com fontes de informação
- Conflito com obrigações morais
- Crenças pessoais obscuras
- Inexperiência com a tomada de decisão
- Informações insuficientes
- Interferência na tomada de decisão
- Princípio moral apoia ações mutuamente inconsistentes
- Regra moral apoia ações mutuamente inconsistentes
- Sistema de apoio insuficiente
- Valor moral apoia ações mutuamente inconsistentes
- Valores pessoais obscuros

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Tomada de decisão emancipada prejudicada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que não inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais, ou não ocorre em ambiente flexível, resultando em insatisfação com a decisão.

Características definidoras

- Atraso na implementação da opção de cuidados de saúde escolhida
- Incapacidade de descrever como a opção combinará com o estilo de vida atual
- Incapacidade de escolha de uma opção de cuidados de saúde que combine melhor com o atual estilo de vida
- Medo excessivo do que os outros pensam sobre a decisão
- Preocupação excessiva acerca do que os outros acreditam ser a melhor decisão
- Sentir-se constrangido ao descrever a própria opinião
- Sofrimento ao escutar a opinião de outros
- Verbalização limitada sobre a opção de cuidados de saúde na presença de outros

Fatores relacionados

- Experiência limitada de tomada de decisão
- Família tradicional hierárquica
- Incapacidade de, com adequação, expressar as percepções das opções de cuidados de saúde
- Privacidade insuficiente para discutir, abertamente, as opções de cuidados de saúde
- Redução na compreensão de todas as opções de cuidados de saúde disponíveis
- Sistema de cuidados de saúde tradicional hierárquico
- Tempo inadequado para discutir as opções de cuidados de saúde

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00171

Disposição para religiosidade melhorada

(2004, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de confiança em crenças religiosas e/ou participação em rituais de uma fé religiosa em particular, que pode ser fortalecida.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a conexão com líderes religiosos
- Expressa desejo de melhorar a participação em experiências religiosas
- Expressa desejo de melhorar a participação em práticas religiosas (p. ex., cerimônias, regras, roupas, oração, serviços, observância de feriados)
- Expressa desejo de melhorar as opções religiosas
- Expressa desejo de melhorar costumes religiosos usados no passado
- Expressa desejo de melhorar o perdão
- Expressa desejo de melhorar o uso de material religioso
- Expressa desejo de reforçar padrões de crenças usadas no passado

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00169

Religiosidade prejudicada

(2004, LOE 2.1)

Definição

Capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa.

Características definidoras

- Angústia por separação de uma comunidade religiosa
- Desejo de reconectar-se com costumes anteriores
- Desejo de reconectar-se com padrão anterior de crença
- Dificuldade em aderir a crenças religiosas prescritas
- Dificuldade em aderir a rituais religiosos prescritos (p. ex., cerimônias, regras, roupas, oração, serviços, observância de feriados)
- Questionamento de costumes religiosos
- Questionamento de padrões de crenças religiosas

Fatores relacionados

Desenvolvimentais e situacionais

- Crises do estágio final da vida
- Envelhecimento
- Transições da vida

Físicos

- Dor
- Enfermidade

Psicológicos

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Crise pessoal
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- História de manifestação religiosa
- Insegurança
- Medo da morte

Socioculturais

- Barreiras ambientais à prática da religião
- Barreiras culturais à prática da religião

- Integração social insuficiente
- Interação sociocultural insuficiente

Espirituais

- Aflição
- Crise espiritual

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00170

Risco de religiosidade prejudicada

(2004, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a prejuízo na capacidade de confiar em crenças religiosas e/ou de participar de rituais de alguma fé religiosa e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Desenvolvimental

- Transições da vida

Ambientais

- Barreiras para praticar a religião
- Transporte insuficiente

Físicos

- Hospitalização
- Enfermidade
- Dor

Psicológicos

- Depressão
- Cuidado ineficaz
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Insegurança
- Apoio social insuficiente

Espirituais

- Barreiras culturais à prática da religião
- Interação social insuficiente

Sociocultural

- Aflição

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00066

Sofrimento espiritual

(1978, 2002, 2013; LOE 2.1)

Definição

Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um ser maior.

Características definidoras

- Ansiedade
- Choro
- Fadiga
- Insônia
- Medo
- Questionamento da identidade
- Questionamento do sentido da vida
- Questionamento do sentido do sofrimento

Ligações consigo mesmo

- Aceitação inadequada
- Coragem insuficiente
- Culpa
- Estratégias de enfrentamento inadequadas
- Percepção de sentido da vida insuficiente
- Raiva
- Redução na serenidade
- Sensação de não ser amado

Ligações com outros

- Alienação
- Recusa interação com líderes espirituais
- Recusa interação com pessoas significativas
- Separação do sistema de apoio

Ligações com a arte, a música, a literatura e a natureza

- Não se interessa pela natureza
- Não se interessa por literatura espiritual
- Redução no padrão anterior de criatividade

Ligações com um ser maior

- Desesperança
- Incapacidade de introspecção
- Incapacidade de participar de atividades religiosas
- Incapacidade de rezar
- Incapacidade de vivenciar o transcendente
- Mudança repentina em prática religiosa
- Raiva relativa a poder maior que o próprio
- Sentimento de abandono
- Sofrimento percebido
- Solicitação de líder espiritual

Fatores relacionados

- Alienação social
- Aumento da dependência de outro
- Autoalienação
- Dor
- Enfermidade
- Envelhecimento
- Evento de vida inesperado
- Exposição à morte
- Morte ativa
- Morte de pessoa significativa
- Morte iminente
- Nascimento de criança
- Percepção de ter negócios inacabados
- Perda de função de parte do corpo
- Perda de parte do corpo
- Privação sociocultural
- Recebimento de notícia ruim
- Regime de tratamento
- Solidão
- Transição da vida

00067

Risco de sofrimento espiritual

(1998, 2004, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a prejuízo na capacidade de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, a literatura, a natureza e/ou um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Desenvolvimental

- Transição de vida

Ambientais

- Desastres naturais
- Mudanças no ambiente

Físicos

- Abuso de substância
- Enfermidade crônica
- Enfermidade física

Psicossociais

- Ansiedade
- Baixa autoestima
- Barreira para experimentar o amor
- Conflito cultural
- Conflito racial
- Depressão
- Estressores
- Incapacidade de perdoar
- Mudança em rituais religiosos
- Mudança na prática espiritual
- Perda
- Relações ineficazes
- Separação do sistema de apoio

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00175

Sofrimento moral

(2006, LOE 2.1)

Definição

Resposta à incapacidade de pôr em prática as decisões/ações éticas/morais escolhidas.

Características definidoras

- Angústia (p. ex., impotência, ansiedade, medo) em relação a agir de acordo com a própria escolha moral

Fatores relacionados

- Conflito entre os tomadores de decisão
- Decisões de final de vida
- Decisões sobre tratamento
- Distância física do tomador de decisão
- Incoerência cultural
- Informações conflitantes que orientam a tomada de decisões éticas
- Informações conflitantes que orientam a tomada de decisões morais
- Limites de tempo para tomada de decisão
- Perda da autonomia

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00184

Disposição para tomada de decisão melhorada

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de escolha de um curso de ação suficiente para atingir metas de saúde de curto e longo prazos e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a análise de riscos/benefícios das decisões
- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com a meta
- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com meta sociocultural
- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com valores
- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com valores socioculturais
- Expressa desejo de aumentar a compreensão das escolhas na tomada de decisão
- Expressa desejo de aumentar a compreensão do significado das escolhas
- Expressa desejo de fortalecer a tomada de decisão
- Expressa desejo de fortalecer o uso de evidências confiáveis para as decisões

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00243

Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Processo de escolha de uma decisão de cuidados de saúde que inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais e que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de melhorar a capacidade de compreender todas as opções disponíveis de cuidados de saúde
- Expressa desejo de melhorar a capacidade de escolha de opções de cuidados de saúde que melhor combinem com o atual estilo de vida
- Expressa desejo de melhorar a capacidade de implementar a opção de saúde escolhida
- Expressa desejo de melhorar a capacidade de verbalizar a própria opinião sem constrangimento
- Expressa desejo de melhorar a confiança na tomada de decisões
- Expressa desejo de melhorar a confiança para discussão aberta de opções de cuidados de saúde
- Expressa desejo de melhorar a privacidade para discutir opções de cuidados de saúde
- Expressa desejo de melhorar a tomada de decisões
- Expressa desejo de melhorar o conforto ao manifestar as opções de cuidados de saúde na presença de outros

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a processo de escolha de uma decisão de cuidado de saúde que não inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais, ou que não ocorre em um ambiente flexível, resultando em insatisfação com a decisão.

Fatores de risco

- Autoconfiança insuficiente na tomada de decisão
- Confiança insuficiente para a discussão aberta de opções de cuidados de saúde
- Experiência limitada de tomada de decisão
- Família tradicional hierárquica
- Informações insuficientes sobre opções de cuidados de saúde
- Privacidade insuficiente para discutir abertamente opções de cuidados de saúde
- Sistemas de saúde tradicionais hierárquicos
- Tempo inadequado para discutir as opções de cuidados de saúde

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Domínio 11

Segurança/Proteção

00004

Risco de infecção

(1986, 2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos
- Desnutrição
- Enfermidade crônica (p. ex., diabetes melito)
- Obesidade
- Procedimento invasivo

Defesas primárias inadequadas

- Alteração na integridade da pele
- Alteração no peristaltismo
- Alteração no pH das secreções
- Diminuição da ação ciliar
- Estase de fluidos orgânicos
- Ruptura prematura de membrana amniótica
- Ruptura prolongada de membrana amniótica
- Tabagismo

Defesas secundárias inadequadas

- Diminuição de hemoglobina
- Imunossupressão
- Leucopenia
- Resposta inflamatória suprimida (p. ex., interleucina 6 [IL-6], proteína C-reativa [PCR])
- Vacinação inadequada

Exposição ambiental aumentada a patógenos

- Exposição a surto de doença

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00039

Risco de aspiração

(1988, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alimentação enteral
- Barreira à elevação da porção superior do corpo
- Capacidade de deglutição prejudicada
- Cirurgia de pescoço
- Cirurgia facial
- Cirurgia oral
- Esfíncter esofágico inferior incompetente
- Esvaziamento gástrico retardado
- Fixação cirúrgica dos maxilares
- Motilidade gastrintestinal diminuída
- Nível de consciência reduzido
- Presença de sonda oral/nasal (p. ex., traqueal, para alimentação)
- Pressão intragástrica aumentada
- Reflexo de engasgo diminuído
- Regime de tratamento
- Resíduo gástrico aumentado
- Tosse ineficaz
- Trauma facial
- Trauma no pescoço
- Trauma oral

00205

Risco de choque

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo que pode levar à disfunção celular com risco à vida, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Hipotensão
- Hipovolemia
- Hipoxemia
- Hipoxia
- Infecção
- Sepses
- Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00048

Dentição prejudicada

(1998)

Definição

Ruptura nos padrões de desenvolvimento/erupção dentários ou na integridade estrutural de cada dente.

Características definidoras

- Assimetria facial
- Ausência de dentes
- Cáries na raiz do dente
- Cáries nos dentes
- Dentes desgastados
- Dentes frouxos
- Descoloração do esmalte
- Dor no dente
- Erosão do esmalte
- Erupção incompleta dos dentes para a idade
- Excesso de placa
- Excesso de tártaro
- Fratura de dente
- Halitose
- Má oclusão
- Mau alinhamento dos dentes
- Perda prematura de dentes primários

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Barreiras ao autocuidado
- Bruxismo
- Conhecimento insuficiente sobre a saúde dental
- Desnutrição
- Dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais
- Economicamente desfavorecido
- Hábitos alimentares inadequados
- Higiene oral inadequada
- Ingestão excessiva de flúor
- Predisposição genética

- Sensibilidade à temperatura oral
- Uso excessivo de agentes de limpeza abrasivos
- Uso habitual de substância que causa manchas (p. ex., café, vinho tinto, chá, tabaco)
- Vômito crônico

00031

Desobstrução ineficaz de vias aéreas

(1980, 1996, 1998)

Definição

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

Características definidoras

- Alteração no padrão respiratório
- Cianose
- Dificuldade de verbalização
- Dispneia
- Escarro em excesso
- Inquietação
- Mudanças na frequência respiratória
- Olhos arregalados
- Ortopneia
- Ruídos adventícios respiratórios
- Sons respiratórios diminuídos
- Tosse ausente
- Tosse ineficaz

Fatores relacionados

Ambientais

- Exposição a fumaça
- Fumante passivo
- Tabagismo

Via aérea obstruída

- Corpo estranho na via aérea
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Espasmo de via aérea
- Exsudato nos alvéolos
- Hiperplasia das paredes dos brônquios
- Muco excessivo
- Secreções retidas

Fisiológicos

- Alergia em via aérea

- Asma
- Infecção
- Prejuízo neuromuscular

00086

Risco de **disfunção** neurovascular periférica (1992, 2013)

Definição

Vulnerabilidade a distúrbio na circulação, na sensibilidade e no movimento de uma extremidade, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Cirurgia ortopédica
- Compressão mecânica (p. ex. torniquete, gesso, aparelho ortopédico, curativo, contenção)
- Fratura
- Imobilização
- Obstrução vascular
- Queimaduras
- Trauma

00046

Integridade da pele prejudicada

(1975, 1998)

Definição

Epiderme e/ou derme alterada.

Características definidoras

- Alteração na integridade da pele
- Matéria estranha perfurando a pele

Fatores relacionados

Externos

- Agente farmacológico
- Agente químico lesivo (p. ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda)
- Conteúdo hídrico
- Extremos de idade
- Fator mecânico (p. ex., forças de cisalhamento, pressão, imobilidade física)
- Hipertermia
- Hipotermia
- Radioterapia
- Umidade

Internos

- Alteração na pigmentação
- Alteração na sensibilidade (em consequência de lesão medular, diabetes melito, etc.)
- Alteração no metabolismo
- Alteração no volume de líquidos
- Alterações no turgor da pele
- Circulação prejudicada
- Imunodeficiência
- Mudança hormonal
- Nutrição inadequada
- Pressão sobre saliência óssea

00047

Risco de integridade da pele prejudicada

(1975, 1998, 2010, 2013; LOE 2.1))

Definição

Vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Agente químico lesivo (p. ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda)
- Excreções
- Extremos de idade
- Fatores mecânicos (p. ex., forças abrasivas, pressão, imobilidade física)
- Hidratação
- Hipertermia
- Hipotermia
- Radioterapia
- Secreções
- Umidade

Internos

- Agente farmacológico
- Alteração na pigmentação
- Alteração na sensibilidade (p. ex., em consequência de lesão medular, diabetes melito)
- Alteração no metabolismo
- Alteração no turgor da pele
- Circulação prejudicada
- Fator psicogênico
- Imunodeficiência
- Mudança hormonal
- Nutrição inadequada
- Pressão sobre saliência óssea

00044

Integridade tissular prejudicada

(1986, 1998, 2013; LOE 2.1)

Definição

Dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Características definidoras

- Tecido destruído
- Tecido lesado

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Agente químico lesivo (p. ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda)
- Alteração na sensibilidade
- Alteração no metabolismo
- Circulação prejudicada
- Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular
- Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular
- Estado nutricional desequilibrado (p. ex., obesidade, subnutrição)
- Extremos de idade
- Extremos de temperatura ambiental
- Fator mecânico
- Fonte de energia de alta tensão
- Mobilidade prejudicada
- Neuropatia periférica
- Procedimento cirúrgico
- Terapia por radiação
- Umidade
- Volume de líquido insuficiente
- Volume excessivo de líquidos

00248

Risco de integridade tissular prejudicada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacológico
- Agente químico lesivo (p. ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda)
- Alteração na sensibilidade
- Alteração no metabolismo
- Circulação prejudicada
- Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular
- Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular
- Estado nutricional desequilibrado (p. ex., obesidade, subnutrição)
- Extremos de idade
- Extremos de temperatura ambiental
- Fator mecânico
- Fonte de energia de alta tensão
- Mobilidade prejudicada
- Neuropatia periférica
- Procedimento cirúrgico
- Radioterapia
- Umidade
- Volume de líquido insuficiente
- Volume excessivo de líquidos

00035

Risco de lesão

(1978, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Agente nosocomial
- Alteração na função cognitiva
- Alteração na função psicomotora
- Barreira física (p. ex., projeto, estrutura e organização da comunidade, do edifício, equipamento)
- Exposição a patógeno
- Exposição à substância química tóxica
- Fonte nutricional comprometida (p. ex., vitaminas, tipos de alimentos)
- Modo inseguro de transporte
- Nível de imunização na comunidade

Internos

- Alteração na orientação afetiva
- Alteração nos sentidos (em consequência de lesão na medula espinal, diabetes melito)
- Desnutrição
- Disfunção autoimune
- Disfunção bioquímica
- Disfunção dos efetores
- Disfunção imune
- Disfunção integrativa sensorial
- Extremos de idade
- Hipoxia tissular
- Mecanismos de defesa primária prejudicados (p. ex., rupturas na pele)
- Perfil sanguíneo anormal

00087

Risco de lesão por posicionamento perioperatório

(1994, 2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a mudanças físicas e anatômicas inadvertidas em consequência de postura ou equipamento usado durante procedimento invasivo/cirúrgico, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

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

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00220

Risco de lesão térmica

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a danos à pele e às mucosas devido a temperaturas extremas, que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração na função cognitiva
- Ambiente sem segurança
- Conhecimento insuficiente sobre precauções de segurança (paciente, cuidador)
- Extremos de idade
- Extremos na temperatura ambiental
- Fadiga
- Falta de atenção
- Intoxicação (álcool, drogas)
- Neuropatia
- Prejuízo neuromuscular
- Regime de tratamento
- Roupas protetoras inadequadas (p. ex., pijamas que retardam as chamas, luvas, protetor de orelhas)
- Supervisão inadequada
- Tabagismo

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00245

Risco de lesão na córnea

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à infecção ou lesão inflamatória no tecido da córnea que pode afetar camadas superficiais ou profundas, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacológico
- Edema periorbital
- Entubação
- Escore na Escala de Coma de Glasgow < 7
- Exposição do globo ocular
- Hospitalização prolongada
- Pisca menos que 5 vezes por minuto
- Terapia com oxigênio
- Traqueostomia
- Ventilação mecânica

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00250

Risco de lesão do trato urinário

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a dano às estruturas do trato urinário em decorrência de uso de cateteres, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Balão de retenção inflado a ≥ 30 mL
- Cateterizações múltiplas
- Condição que evita a capacidade de fixação do cateter (p. ex., queimadura, trauma, amputação)
- Uso de cateter urinário de grande calibre
- Uso prolongado de cateter urinário

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00247

Risco de mucosa oral prejudicada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à lesão a lábios, tecidos moles, cavidade bucal e/ou orofaringe, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alergia
- Alteração na função cognitiva
- Barreira ao autocuidado oral
- Barreira ao cuidado dos dentes
- Conhecimento insuficiente de higiene oral
- Consumo de álcool
- Desfavorecido economicamente
- Distúrbio autossomático
- Distúrbio comportamental (p. ex., déficit de atenção, desafio opositor)
- Doença autoimune
- Estressores
- Fator mecânico (p. ex., aparelho ortodôntico, dispositivo ventilatório ou dentaduras mal ajustadas)
- Higiene oral inadequada
- Imunodeficiência
- Imunossupressão
- Infecção
- Nutrição inadequada
- Procedimento cirúrgico
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Redução do nível hormonal nas mulheres
- Síndrome (p. ex., de Sjögren)
- Tabagismo
- Trauma

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00045

Mucosa oral prejudicada

(1982, 1998, 2013)

Definição

Lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe.

Características definidoras

- Amígdalas aumentadas
- Bolsas gengivais mais profundas do que 4 mm
- Capacidade prejudicada para deglutir
- Descamação
- Desconforto oral
- Desprendimento da mucosa
- Dificuldade para comer
- Dificuldade para falar
- Dor oral
- Drenagem oronasal purulenta
- Edema oral
- Estomatite
- Exposição a patógeno
- Exsudato oral esbranquiçado como leite talhado
- Exsudatos oronasais purulentos
- Fissura oral
- Gosto ruim na boca
- Halitose
- Hiperemia
- Hiperplasia gengival
- Lesão oral
- Língua atrófica lisa
- Língua geográfica
- Língua saburrosa
- Macroplasia
- Manchas brancas na boca
- Manchas esponjosas na boca
- Nódulo oral
- Palidez da mucosa oral
- Palidez gengival
- Pápula oral

- Placa esbranquiçada na boca
- Presença de massa tumoral (p. ex., hemangioma)
- Queilite
- Recessão gengival
- Sangramento
- Sensação de gosto diminuída
- Úlcera oral
- Vesículas orais
- Xerostomia

Fatores relacionados

- Agente químico lesivo (p. ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda)
- Alergia
- Alteração na função cognitiva
- Barreira ao cuidado dos dentes
- Barreiras ao autocuidado oral
- Conhecimento insuficiente sobre higiene oral
- Consumo de álcool
- Depressão
- Desidratação
- Desnutrição
- Distúrbio autossomático
- Distúrbio de comportamento (p. ex., déficit de atenção, desafio de oposição)
- Doença autoimune
- Estressores
- Fator mecânico (p. ex., dentaduras mal ajustadas, aparelhos de correção dental, tubo endotraqueal/nasogástrico, cirurgia na cavidade oral)
- Fenda labial
- Fenda palatina
- Higiene oral inadequada
- Imunodeficiência
- Imunossupressão
- Infecção
- Jejum oral por mais de 24 horas
- Perda da estrutura de apoio oral
- Redução da salivação
- Redução nas plaquetas
- Redução no nível hormonal feminino
- Regime de tratamento
- Respiração pela boca
- Síndrome (p. ex., de Sjögren)
- Tabagismo

- Trauma oral

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00219

Risco de olho seco

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Dano à superfície ocular
- Deficiência de vitamina A
- Doença autoimune (p. ex., artrite reumatoide, diabetes melito, doença da tireoide)
- Envelhecimento
- Fatores ambientais (ar condicionado, vento excessivo, exposição à luz solar, poluição do ar, baixa umidade)
- Gênero feminino
- História de alergia
- Lesões neurológicas com perda reflexa sensorial ou motora (p. ex., lagofthalmia, falta do reflexo espontâneo de piscar)
- Mudança hormonal
- Opções do estilo de vida (p. ex., fumar, uso de cafeína, leitura prolongada)
- Regime de tratamento
- Usuário de lentes de contato
- Ventilação mecânica

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00155

Risco de quedas

(2000, 2013)

Definição

Vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde.

Fatores de risco

Em adultos

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

Em crianças

- Ausência de portão em escadarias
- Ausência de proteção em janelas
- Equipamento de contenção em automóvel insuficiente
- Gênero masculino quando < 1 ano
- Idade ≤ 2 anos
- Supervisão inadequada

Cognitivos

- Alteração na função cognitiva

Ambientais

- Ambiente desorganizado ou cheio de objetos
- Cenário pouco conhecido
- Exposição à condição insegura relativa ao tempo (p. ex., assoalho molhado, gelo)
- Iluminação insuficiente
- Material antiderrapante insuficiente no banheiro
- Uso de imobilizadores
- Uso de tapetes soltos

Agentes farmacológicos

- Agente farmacológico
- Consumo de álcool

Fisiológicos

- Alteração no nível de glicose do sangue

- Anemia
- Artrite
- Ausência de sono
- Condição que afeta os pés
- Deficiência auditiva
- Deficiência visual
- Déficit proprioceptivo
- Desmaio ao estender o pescoço
- Desmaio ao virar o pescoço
- Diarreia
- Dificuldades na marcha
- Doença aguda
- Doença vascular
- Equilíbrio prejudicado
- Hipotensão ortostática
- Incontinência
- Mobilidade prejudicada
- Neoplasia
- Neuropatia
- Período de recuperação pós-operatória
- Redução da força em extremidade inferior
- Urgência urinária

00100

Recuperação cirúrgica retardada

(1998, 2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar.

Características definidoras

- Adiamento do retorno ao trabalho
- Desconforto
- Evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica
- Incapacidade de retornar ao emprego
- Mobilidade prejudicada
- Perda do apetite
- Precisa de ajuda para o autocuidado
- Tempo excessivo necessário à recuperação

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Contaminação no sítio cirúrgico
- Diabetes melito
- Distúrbio psicológico no período pós-operatório
- Dor
- Edema no local da cirurgia
- Escore de Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3
- Extremos de idade
- História de atraso em cicatrização de ferida
- Infecção de sítio cirúrgico perioperatória
- Mobilidade prejudicada
- Náusea persistente
- Obesidade
- Procedimento cirúrgico extenso
- Procedimento cirúrgico prolongado
- Reação emocional pós-operatória
- Subnutrição
- Trauma no sítio cirúrgico
- Vômito persistente

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00246

Risco de recuperação cirúrgica retardada

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar, capaz de comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacêutico
- Contaminação do sítio cirúrgico
- Diabetes melito
- Dor
- Edema no local da cirurgia
- Escore de Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3
- Extremos de idade
- História de atraso em cicatrização de ferida
- Infecção perioperatória de sítio cirúrgico
- Mobilidade prejudicada
- Náusea persistente
- Obesidade
- Procedimento cirúrgico extenso
- Procedimento cirúrgico prolongado
- Reação emocional pós-operatória
- Subnutrição
- Transtorno psicológico no período pós-operatório
- Trauma no sítio cirúrgico
- Vômito persistente

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00206

Risco de sangramento

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Aneurisma
- Circuncisão
- Coagulopatia inerente (p. ex., trombocitopenia)
- Coagulopatia intravascular disseminada
- Complicações pós-parto (p. ex., atonia uterina, placenta retida)
- Complicações relativas à gravidez (p. ex., rompimento prematuro de membrana, placenta prévia/descolamento de placenta, múltiplas gestações)
- Conhecimento insuficiente sobre precauções de sangramento
- Distúrbios gastrintestinais (p. ex., úlcera, pólipos, varizes)
- Função hepática prejudicada (p. ex., cirrose, hepatite)
- História de quedas
- Regime de tratamento
- Trauma

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00156

Risco de síndrome da morte súbita do lactente

(2002, 2013; LOE 3.2)

Definição

Vulnerabilidade à morte imprevisível de um lactente.

Fatores de risco

Modificáveis

- Atraso nos cuidados do pré-natal
- Colchão muito macio (p. ex., itens soltos próximos ao lactente)
- Cuidados insuficientes no pré-natal
- Excesso de roupas no lactente
- Exposição à fumaça
- Lactentes colocados para dormir de bruços
- Lactentes colocados para dormir de lado
- Superaquecimento do lactente

Potencialmente modificáveis

- Baixo peso ao nascer
- Pais muito jovens
- Prematuridade

Não modificáveis

- Estação do ano (inverno e outono)
- Etnia (p. ex., descendência afro-americana ou índio norte-americano)
- Idade entre 2 e 4 meses
- Sexo masculino

00036

Risco de sufocação

(1980, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à disponibilidade inadequada de ar para inalação, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Acesso a refrigerador/freezer vazios
- Aquecedor com combustível em local sem ventilação
- Brincar com saco plástico
- Brincar desacompanhado na água
- Chupeta pendurada no pescoço da criança
- Colchão macio (p. ex., itens soltos próximos ao bebê)
- Comer grande quantidade de comida
- Fumar na cama
- Mamadeira apoiada no berço
- Objeto pequeno na via aérea
- Varal de roupas esticado baixo
- Vazamento de gás
- Veículo ligado em garagem fechada

Internos

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na função olfativa
- Conhecimento insuficiente de precauções de segurança
- Doença no rosto/pescoço
- Função motora prejudicada
- Lesão no rosto/pescoço
- Perturbação emocional

00038

Risco de trauma

(1980, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à lesão tissular acidental (p. ex., ferida, queimadura, fratura), que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Acesso a armas
- Aparelhos elétricos com defeito
- Ausência de dispositivo para pedir socorro
- Ausência de protetor de janela
- Banho em água muito quente
- Brincar com explosivo
- Brincar com objetos perigosos
- Cabos de panelas virados para fora do fogão
- Calçadas inseguras
- Cama alta
- Chão escorregadio
- Combustíveis armazenados inadequadamente (p. ex., fósforos, trapos sujos de óleo)
- Corrimão de escada inadequado
- Corrosivos armazenados de forma inadequada (p. ex., detergente)
- Crianças viajando no banco da frente do carro
- Dispositivo para pedir socorro com defeito
- Estradas inseguras
- Exposição a maquinário perigoso
- Exposição a produto corrosivo
- Exposição a químico tóxico
- Exposição à radiação
- Extremos de temperatura ambiental
- Falta de portão no alto de escada
- Fiação elétrica sem fixação
- Fumar na cama
- Fumar perto de oxigênio
- Gordura derramada em fogão
- Iluminação insuficiente
- Manuseio inseguro de equipamento pesado (p. ex., velocidade excessiva, sob efeito de

- tóxicos e sem óculos de proteção)
- Material antiderrapante insuficiente nos banheiros
- Não uso de cintos de segurança
- Objeto inflamável (p. ex., roupa, brinquedos)
- Perigo elétrico (p. ex., plugue com defeito, fio desgastado, caixa de fusível/tomada sobrecarregada)
- Pontas de gelo pendentes do teto
- Proteção insuficiente contra fonte de calor
- Proximidade a via de veículos (p. ex., entradas de garagem, trilhos de ferrovias)
- Retardo no acendimento de aparelhos a gás
- Tentar se livrar de imobilizadores
- Uso de cadeira instável
- Uso de escada instável
- Uso de louça rachada
- Uso de roupas largas perto de chamas
- Uso de tapetes soltos
- Uso errado de cinto de segurança
- Uso errado de protetor para a cabeça (p. ex., capacete de moto, capacete rijo)
- Vazamento de gás
- Vias de acesso obstruídas
- Vizinhança com alta taxa de criminalidade

Internos

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na sensibilidade (em consequência de lesão medular, diabetes melito, etc.)
- Conhecimento deficiente sobre precauções de segurança
- Economicamente desfavorecido
- Equilíbrio prejudicado
- Fraqueza
- História de trauma (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Perturbação emocional
- Redução na coordenação muscular
- Redução na coordenação olhos-mãos
- Visão prejudicada

00213

Risco de trauma vascular

(2008, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a dano em veia e tecidos ao redor, relacionado à presença de cateter e/ou soluções infundidas, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Dificuldade para visualizar artéria ou veia
- Fixação inadequada do cateter
- Largura inadequada de cateter
- Local de inserção
- Solução irritante (p. ex., concentração, temperatura, pH)
- Taxa de infusão rápida
- Tempo em que o cateter está no local
- Tipo inadequado de cateter

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00249

Risco de úlcera por pressão

(2013; LOE 2.2)

Definição

Vulnerabilidade à lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NPUAP, 2007).

Fatores de risco

- ADULTO: score na Escala Braden < 18
- CRIANÇA: Escala de Braden $Q \leq 16$
- Agentes farmacológicos (p. ex., anestesia geral, vasopressores, antidepressivos, norepinefrina)
- Alteração na função cognitiva
- Alteração na sensibilidade
- Anemia
- Atrito em superfície
- Baixo score na escala de Risk Assessment Pressure Sore (RAPS)
- Circulação prejudicada
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão
- Déficit no autocuidado
- Desidratação
- Doença cardiovascular
- Edema
- Score ≥ 2 na Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA)
- Score de Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 2
- Espessura reduzida da dobra de pele do tríceps
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Forças de cisalhamento
- Fratura de quadril
- Gênero feminino
- Hipertermia
- História de acidente vascular encefálico
- História de trauma
- História de úlcera de pressão
- Imobilização física

- Incontinência
- Linfopenia
- Nutrição inadequada
- Pele com descamação
- Pele ressecada
- Período de imobilidade prolongado sobre superfície rija (p. ex., procedimento cirúrgico ≥ 2 horas)
- Pressão sobre proeminência óssea
- Redução na mobilidade
- Redução na oxigenação tissular
- Redução na perfusão tissular
- Redução no nível de albumina sérica
- Tabagismo
- Temperatura elevada da pele em torno de 1-2 °C
- Umidade da pele
- Uso de lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (2007). Updated Pressure Ulcer Stages. Disponível em: www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-ulcer-stagecategories/, acesso em 20 de março de 2014.

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00151

Automutilação

(2000)

Definição

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

Características definidoras

- Arranhões no corpo
- Compressão de parte do corpo
- Corte de parte do corpo
- Cortes no corpo
- Cutucar feridas
- Esfolar-se
- Golpear-se
- Inalação de substâncias prejudiciais
- Ingestão de substâncias prejudiciais
- Inserção de objeto(s) em orifícios do corpo
- Mordidas
- Queimaduras autoinfligida

Fatores relacionados

- Abuso de substância
- Abuso de substância na família
- Adolescência
- Alteração na imagem corporal
- Atraso no desenvolvimento
- Ausência de confidente na família
- Autismo
- Autoestima prejudicada
- Baixa autoestima
- Cirurgia na infância
- Colegas que se automutilam
- Comportamento instável
- Comunicação ineficaz entre pai/mãe e adolescente
- Crise de identidade sexual
- Despersonalização
- Dissociação

- Distúrbio alimentar
- Distúrbios emocionais
- Divórcio na família
- Doença na infância
- Encarceramento
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Exige redução rápida do estresse
- História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de violência autodirecionada
- História familiar de comportamento autodestrutivo
- Impulsividade
- Incapacidade de expressar tensão verbalmente
- Isolamento dos colegas
- Morar em local não tradicional (p. ex., lar adotivo, grupo ou instituição)
- Padrão de incapacidade para enxergar consequências em longo prazo
- Padrão de incapacidade para planejar soluções
- Perfeccionismo
- Perturbação nos relacionamentos interpessoais
- Sente-se ameaçado com a perda de relacionamentos significativos
- Sentimentos negativos (p. ex., depressão, rejeição, autoaversão, ansiedade relacionada à separação, culpa, despersonalização)
- Tensão crescente intolerável
- Transtorno de caráter
- Transtorno de personalidade limítrofe
- Transtorno psicótico
- Urgência irresistível de cortar-se
- Urgência irresistível de violência autodirecionada
- Uso de manipulação para obter relacionamento de apoio com outros
- Violência entre figuras paterna/materna

00139

Risco de automutilação

(1992, 2000, 2013)

Definição

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

Fatores de risco

- Abuso de substância
- Abuso de substância na família
- Adolescência
- Alteração na imagem corporal
- Atraso no desenvolvimento
- Autismo
- Autoestima baixa
- Autoestima prejudicada
- Cirurgia na infância
- Colegas que se automutilam
- Criança espancada
- Crise de identidade sexual
- Despersonalização
- Dissociação
- Distúrbio alimentar
- Distúrbios emocionais
- Divórcio na família
- Doença na infância
- Encarceramento
- Estratégias ineficazes de enfrentamento
- Exige redução rápida do estresse
- História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de violência autodirecionada
- História familiar de comportamento autodestrutivo
- Impulsividade
- Incapacidade de expressar tensão verbalmente
- Isolamento de colegas
- Padrão de incapacidade para planejar soluções
- Padrão de incapacidade para ver consequências de longo prazo
- Perda de controle sobre situação de solução de problema

- Perda de relacionamento(s) significativo(s)
- Perfeccionismo
- Relações interpessoais problemáticas
- Sensação de ameaça com perda de relacionamento significativo
- Sentimentos negativos (p. ex., depressão, rejeição, autoaversão, ansiedade relacionada à separação, culpa, despersonalização)
- Tensão crescente intolerável
- Transtorno da personalidade limítrofe
- Transtorno de caráter
- Transtorno psicótico
- Urgência irresistível de violência autodirecionada
- Uso de manipulação para obter relacionamento de apoio com outros
- Violência entre figuras paterna/materna
- Viver em local não tradicional (p. ex., lar adotivo, grupo, instituição de cuidados)

00150

Risco de suicídio

(2000, 2013)

Definição

Vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida.

Fatores de risco

Comportamentais

- Armazenagem de medicamentos
- Compra de uma arma
- Distribuir suas posses
- Fazer um testamento
- História de tentativa de suicídio
- Impulsividade
- Mudança acentuada de atitude
- Mudança acentuada de comportamento
- Mudança acentuada no desempenho escolar
- Mudar um testamento
- Recuperação eufórica repentina de depressão profunda

Demográficos

- Divorciado
- Etnia (p. ex., branco, índio norte-americano)
- Idade (p. ex., idoso, homens adultos jovens, adolescentes)
- Sexo masculino
- Viuvez

Físicos

- Dor crônica
- Enfermidade física
- Enfermidade terminal

Psicológicos

- Abuso de substância
- Culpa
- História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História familiar de suicídio
- Homossexualidade na juventude
- Transtorno psiquiátrico

Situacionais

- Acesso a armas
- Adolescente vivendo em ambiente não tradicional (p. ex., centro de detenção juvenil, prisão, lar temporário, lar grupal)
- Aposentadoria
- Economicamente desfavorecido
- Institucionalização
- Morar só
- Mudança de endereço
- Perda de autonomia
- Perda de independência

Sociais

- Apoio social insuficiente
- Desamparo
- Desesperança
- Dificuldades legais
- Isolamento social
- Perda de relacionamento significativo
- Pesar
- Problemas disciplinares
- Solidão
- Suicídios em grupo
- Vida familiar problemática

Verbais

- Ameaça de matar-se
- Verbalização de desejo de morrer

00138

Risco de violência direcionada a outros

(1980, 1996, 2013)

Definição

Vulnerabilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros.

Fatores de risco

- Acesso a armas
- Alteração na função cognitiva
- Complicações perinatais
- Complicações pré-natais
- Comportamento incendiário
- Comportamento suicida
- Crueldade com animais
- Dano com veículo motor (p. ex., violações de trânsito, uso de veículo automotivo para liberar a violência)
- Dano neurológico (p. ex., eletrencefalograma [EEG] positivo, trauma encefálico, distúrbios convulsivos)
- História de abuso de substâncias
- História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de testemunhar violência familiar
- Impulsividade
- Intoxicação patológica
- Linguagem corporal negativa (p. ex., postura rígida, fechamento de punhos e maxilares, hiperatividade, caminhar de um lado para outro, posturas ameaçadoras)
- Padrão de ameaça de violência (p. ex., ameaças verbais contra propriedade/pessoa, ameaças sociais, praguejar, notas/gestos ameaçadores, ameaças sexuais)
- Padrão de comportamento antissocial violento (p. ex., roubo, empréstimo insistente, solicitação insistente de privilégios, interrupção insistente, recusa em comer/em tomar medicamentos, ignorar instruções)
- Padrão de violência contra outros (p. ex., bater/chutar/cuspir/arranhar os outros, jogar objetos/morder alguém, tentativa de estupro, estupro, molestamento sexual, urinar/evacuar em alguém)
- Padrão de violência indireta (p. ex., arrancar objetos das paredes, urinar/defecar no chão, bater os pés, surtos temperamentais, atirar objetos, quebrar uma janela, bater portas, molestamento sexual)
- Transtorno psicótico

00140

Risco de violência direcionada a si mesmo

(1994, 2013)

Definição

Vulnerabilidade a comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.

Fatores de risco

- Conflito em relação(ões) interpessoal(is)
- Conflito sobre orientação sexual
- Envolvimento em atos sexuais autoeróticos
- Estado civil (solteiro, viúvo, divorciado)
- História de múltiplas tentativas de suicídio
- Idade entre 15 e 19 anos
- Idade ≥ 45 anos
- Ideias suicidas
- Isolamento social
- Ocupação (executivo, administrador/proprietário do próprio negócio, profissional, trabalhador semiespecializado)
- Padrão de dificuldades em antecedentes familiares (p. ex., caótico ou de conflito, história de suicídio)
- Pistas comportamentais (p. ex., escrever bilhetes tristes de amor, dirigir mensagens enraivecidas a uma pessoa significativa que o rejeitou, livrar-se de objetos pessoais, adquirir uma grande apólice de seguro de vida)
- Pistas verbais (p. ex., falar sobre morte, “é melhor sem mim”; fazer perguntas sobre dose letal de medicamento)
- Plano suicida
- Preocupações com emprego (p. ex., desemprego, perda/fracasso recente na vida profissional)
- Problemas de saúde física
- Problemas de saúde mental (p. ex., depressão, psicose, transtorno da personalidade, abuso de substâncias)
- Problemas psicológicos
- Recursos pessoais insuficientes (p. ex., empreendimento, discernimento insatisfatório, afeto não disponível controlado de forma insatisfatória)

00181

Contaminação

(2006, LOE 2.1)

Definição

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

Características definidoras

Pesticidas

- Efeitos dermatológicos da exposição a pesticidas
- Efeitos gastrintestinais da exposição a pesticidas
- Efeitos neurológicos da exposição a pesticidas
- Efeitos pulmonares da exposição a pesticidas
- Efeitos renais da exposição a pesticidas

Produtos químicos

- Efeitos dermatológicos da exposição a produtos químicos
- Efeitos gastrintestinais da exposição a produtos químicos
- Efeitos imunológicos da exposição a produtos químicos
- Efeitos neurológicos da exposição a produtos químicos
- Efeitos pulmonares da exposição a produtos químicos
- Efeitos renais da exposição a produtos químicos

Agentes biológicos

- Efeitos dermatológicos da exposição a agentes biológicos
- Efeitos gastrintestinais da exposição a agentes biológicos
- Efeitos neurológicos da exposição a agentes biológicos
- Efeitos pulmonares da exposição a agentes biológicos
- Efeitos renais da exposição a agentes biológicos

Poluição

- Efeitos neurológicos da exposição à poluição
- Efeitos pulmonares da exposição à poluição

Resíduos

- Efeitos dermatológicos da exposição a resíduos
- Efeitos gastrintestinais da exposição a resíduos
- Efeitos hepáticos da exposição a resíduos
- Efeitos pulmonares da exposição a resíduos

Radiação

- Efeitos genéticos da exposição à radiação
- Efeitos imunológicos da exposição à radiação
- Efeitos neurológicos da exposição à radiação
- Efeitos oncológicos da exposição à radiação
- Exposição a material radiativo

Fatores relacionados

Externos

- Brincar onde são usados contaminantes ambientais
- Contaminação química da água
- Contaminação química de alimentos
- Economicamente desfavorecido
- Exposição a áreas com alto nível de contaminantes
- Exposição a bioterrorismo
- Exposição a desastres (naturais ou provocados pelo homem)
- Exposição a poluentes atmosféricos
- Exposição a químicos sem proteção (p. ex., arsênico)
- Exposição à radiação
- Fragmentação inadequada de contaminantes
- Gesso ou paredes descascando na presença de crianças pequenas (p. ex., pintura, gesso)
- Ingestão de material contaminado (p. ex., radiativo, comida, água)
- Piso acarpetado
- Práticas inadequadas de higiene em casa
- Práticas inadequadas de higiene pessoal
- Roupas protetoras inadequadas
- Serviços municipais inadequados (p. ex., coleta de lixo, instalações de tratamento de esgoto)
- Uso de contaminantes ambientais em casa
- Uso de material intoxicante em áreas com pouca ventilação (p. ex., laca, tinta)
- Uso de material intoxicante sem proteção eficaz (p. ex., laca, tinta)
- Uso inadequado de roupas protetoras

Internos

- Características desenvolvimentais das crianças
- Doenças preexistentes
- Exposição concomitante
- Exposições anteriores a contaminantes
- Gênero feminino
- Gravidez
- Idade (crianças com menos de 5 anos, idosos)
- Idade gestacional durante exposição
- Nutrição inadequada
- Tabagismo

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00180

Risco de contaminação

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade de exposição a contaminantes ambientais que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Brincar em áreas externas onde são usados contaminantes ambientais
- Contaminação química da água
- Contaminação química de alimentos
- Economicamente desfavorecido
- Exposição a áreas com alto nível de contaminação
- Exposição a bioterrorismo
- Exposição a desastre (natural ou causado pelo homem)
- Exposição a metais pesados sem proteção (p. ex., cromo, chumbo)
- Exposição a poluentes atmosféricos
- Exposição à radiação
- Exposição a substâncias químicas sem proteção (p. ex., arsênico)
- Fragmentação inadequada de contaminantes
- Gesso ou paredes descascando na presença de crianças pequenas
- Piso acarpetado
- Práticas de higiene pessoal inadequadas
- Práticas inadequadas de higiene em casa
- Roupas protetoras inadequadas
- Serviços municipais inadequados (p. ex., remoção do lixo, instalações para tratamento de esgoto)
- Uso de contaminante ambiental em casa
- Uso de material intoxicante em área com ventilação insuficiente (p. ex., laca, tinta)
- Uso de material intoxicante sem proteção eficaz (p. ex., laca, tinta)
- Uso inadequado de roupas para proteção

Internos

- Características desenvolvimentais das crianças
- Doença preexistente
- Exposição anterior a contaminante
- Exposições concomitantes
- Extremos de idade
- Gravidez

- Idade gestacional durante a exposição
- Nutrição inadequada
- Sexo feminino
- Tabagismo

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00037

Risco de envenenamento

(1980, 2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à exposição acidental ou ingestão de substâncias ou produtos perigosos, em doses suficientes que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Acesso a agente farmacológico
- Acesso a drogas ilícitas potencialmente contaminadas por aditivos perigosos
- Acesso a grandes quantidades de medicamentos guardados em casa
- Acesso a produto perigoso

Internos

- Alteração na função cognitiva
- Ambiente de trabalho sem medidas de proteção adequadas
- Conhecimento insuficiente sobre medicamentos
- Conhecimento insuficiente sobre prevenção de envenenamento
- Dificuldades emocionais
- Precauções inadequadas contra envenenamento
- Visão diminuída

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00218

Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a uma resposta nociva ou não intencional, associada a uso de meio de contraste com iodo, que pode ocorrer dentro de sete dias após a injeção do meio de contraste, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ansiedade
- Desidratação
- Doença crônica
- Extremos de idade
- Fraqueza generalizada
- História de alergia
- História de efeito adverso anterior com meio de contraste iodado
- Inconsciência
- Meio de contraste precipita evento adverso
- Uso concomitante de agentes farmacológicos (p. ex., betabloqueadores, interleucina-2, metformina, nefrotoxinas)
- Veia frágil (p. ex., quimioterapia ou radioterapia no membro a ser injetado, cateter intravenoso de demora deixado no local por mais de 24 horas, dissecação de nódulo linfático axilar no membro a ser injetado, local de acesso intravenoso distal)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00217

Risco de resposta alérgica

(2010, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à resposta ou reação imunológica exagerada a substâncias, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alergia a picada de insetos
- Alergia alimentar (p. ex., abacate, banana, castanha, kiwi, amendoim, mariscos, fruta tropical, cogumelo)
- Exposição a alérgeno (p.ex., agente farmacológico)
- Exposição a alérgeno ambiental (p. ex., caspa, mofo, pó, pólen)
- Exposição à substância química tóxica
- Exposição repetida a substâncias ambientais que produzem alérgenos

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00041

Resposta alérgica ao látex

(1998, 2006, LOE 2.1)

Definição

Reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural.

Características definidoras

Reações com risco de morte que ocorrem em menos de uma hora após exposição

- Aperto no peito
- Broncospasmo
- Dispneia
- Edema (p. ex., lábios, garganta, língua, úvula)
- Hipotensão
- Infarto do miocárdio
- Parada respiratória
- Sibilos
- Síncope
- Urticária de contato, progredindo para sintomas generalizados

Reações do tipo IV que ocorrem $\geq 1h$ após exposição às proteínas do látex

- Reação de desconforto a aditivos (p. ex., tiuranas e carbamatos)
- Eczema
- Irritação da pele
- Vermelhidão da pele

Características generalizadas

- Desconforto generalizado
- Edema generalizado
- Inquietação
- Relatos de calor em todo o corpo
- Rubor

Características gastrintestinais

- Dor abdominal
- Náusea

Características orofaciais

- Congestão nasal
- Edema periorbital
- Eritema (p. ex., olhos, face, nariz)

- Lacrimejamento
- Prurido (p. ex., olhos, face, nariz, boca)
- Rinorreia

Fatores relacionados

- Hipersensibilidade às proteínas da borracha do látex natural

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00042

Risco de resposta alérgica ao látex

(1998, 2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a uma reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alergia à planta bico de papagaio
- Alergia alimentar (p. ex., abacate, banana, castanha, kiwi, amendoim, marisco, cogumelo, fruta tropical)
- Exposição frequente a produtos de látex
- História de alergia
- História de asma
- História de cirurgia durante a infância
- História de reação ao látex
- Múltiplos procedimentos cirúrgicos

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00007

Hipertermia

(1986, 2013; LOE 2.2)

Definição

Temperatura corporal central elevada acima da variação diurna normal devido à falha na termorregulação.

Características definidoras

- Apneia
- Bebê não consegue manter a sucção
- Coma
- Crise epilética (sem, necessariamente, ter uma convulsão)
- Estupor
- Hipotensão
- Irritabilidade
- Letargia
- Pele avermelhada
- Pele quente ao toque
- Postura anormal
- Taquicardia
- Taquipneia
- Vasodilatação

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Atividade vigorosa
- Aumento da taxa metabólica
- Desidratação
- Diminuição da capacidade para transpirar
- Doença
- Isquemia
- Sepses
- Temperatura ambiental elevada
- Trauma
- Vestimentas inadequadas

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00006

Hipotermia

(1986, 1988, 2013; LOE 2.2)

Definição

Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido à falha na termorregulação.

Características definidoras

- Acrocianose
- Aumento na taxa metabólica
- Aumento no consumo de oxigênio
- Bradicardia
- Calafrios
- Cianose nos leitos ungueais
- Hipertensão
- Hipoglicemia
- Hipoxia
- Pele fria ao toque
- Piloereção
- Preenchimento capilar lento
- Redução na ventilação
- Redução no nível de glicose do sangue
- Taquicardia
- Vasoconstrição periférica

Crianças e adultos: baixa temperatura corporal acidental

- Hipotermia grave, temperatura central $< 30^{\circ}\text{C}$
- Hipotermia leve, temperatura central de $32\text{-}35^{\circ}\text{C}$
- Hipotermia moderada, temperatura central de $30\text{-}32^{\circ}\text{C}$

Crianças e adultos: pacientes com lesão

- Hipotermia, temperatura central $< 35^{\circ}\text{C}$
- Hipotermia grave, temperatura central $< 32^{\circ}\text{C}$

Neonatos

- Acidose metabólica
- Hipotermia grau 1, temperatura central de $36\text{-}36,5^{\circ}\text{C}$
- Hipotermia grau 2, temperatura central de $35\text{-}35,9^{\circ}\text{C}$
- Hipotermia grau 3, temperatura central de $34\text{-}34,9^{\circ}\text{C}$
- Hipotermia grau 4, temperatura central $< 34^{\circ}\text{C}$

- Icterícia
- Irritabilidade
- Lactente com aumento de peso insuficiente (< 30 g/dia)
- Lactente com energia insuficiente para manter a sucção
- Palidez
- Sofrimento respiratório

Fatores relacionados

- Agente farmacológico
- Baixa temperatura ambiental
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção da hipotermia
- Consumo de álcool
- Dano ao hipotálamo
- Desnutrição
- Diminuição da taxa metabólica
- Economicamente desfavorecido
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Inatividade
- Roupas insuficientes
- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea
- Terapia por radiação
- Transferência de calor (p. ex., condução, convecção, evaporação, irradiação)
- Trauma

Neonatos

- Alto risco de nascimento fora do hospital
- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso
- Aumento na demanda de oxigênio
- Aumento na resistência vascular pulmonar (RVP)
- Banho antecipado do recém-nascido
- Camada da córnea imatura
- Controle vascular ineficaz
- Nascimento não planejado fora do hospital
- Retardo na amamentação
- Termogênese sem tremores ineficaz

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Risco de hipotermia

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à falha da termorregulação que pode resultar em temperatura corporal central abaixo da variação diurna normal, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacológico
- Baixa temperatura ambiental
- Consumo de álcool
- Cuidador com conhecimento insuficiente de prevenção da hipotermia
- Dano ao hipotálamo
- Desnutrição
- Economicamente desfavorecido
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Inatividade
- Roupas insuficientes
- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea
- Terapia por radiação
- Transferência de calor (p. ex., condução, convecção, evaporação, irradiação)
- Trauma

Crianças e adultos: acidental

- Hipotermia grave, temperatura central próxima de 30 °C
- Hipotermia leve, temperatura central próxima de 35 °C
- Hipotermia moderada, temperatura central próxima de 32 °C

Crianças e adultos: pacientes com lesão

- Hipotermia, temperatura central próxima de 35 °C
- Hipotermia grave, temperatura central próxima de 32 °C

Neonatos

- Alto risco de nascimento fora do hospital
- Atraso na amamentação
- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso
- Aumento na demanda de oxigênio
- Aumento na resistência vascular pulmonar (RVP)
- Banho precoce do neonato

- Camada da córnea imatura
- Controle vascular ineficaz
- Hipotermia grau 1, temperatura central próxima de 36,5 °C
- Hipotermia grau 2, temperatura central próxima de 36 °C
- Hipotermia grau 3, temperatura central próxima de 35 °C
- Hipotermia grau 4, temperatura central próxima de 34 °C
- Nascimento não planejado fora do hospital
- Redução na taxa metabólica
- Termogênese ineficaz de ausência de calafrios

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00254

Risco de hipotermia perioperatória

(2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central para menos de 36 °C, que ocorre antes de 24 horas após cirurgia e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Anestesia local e geral combinadas
- Baixa temperatura ambiental
- Baixa temperatura pré-operatória (< 36 °C)
- Baixo peso corporal
- Complicações cardiovasculares
- Escore de Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) > 1
- Neuropatia diabética
- Procedimento cirúrgico
- Transferência de calor (p. ex., volume elevado de infusão não aquecida, irrigação não aquecida > 20 litros)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00008

Termorregulação ineficaz

(1986)

Definição

Flutuação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.

Características definidoras

- Aumento da frequência respiratória
- Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais
- Cianose nos leitos ungueais
- Convulsão
- Flutuação na temperatura corporal acima e abaixo dos parâmetros normais
- Hipertensão
- Palidez moderada
- Pele fria ao toque
- Pele quente ao toque
- Piloereção
- Preenchimento capilar lento
- Redução na temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais
- Rubor
- Taquicardia
- Tremor brando

Fatores relacionados

- Doença
- Extremos de idade
- Flutuação na temperatura ambiental
- Trauma

00005

Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

(1986, 2000, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade à falha em manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente farmacológico
- Alteração na taxa metabólica
- Atividade vigorosa
- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso
- Aumento na demanda de oxigênio
- Condição que afeta a regulação da temperatura
- Desidratação
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Extremos na temperatura ambiental
- Inatividade
- Lesão encefálica grave
- Resposta de transpiração diminuída
- Roupas inadequadas para a temperatura ambiental
- Sedação
- Sepses
- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea
- Termogênese sem tremores ineficiente

Domínio 12

Conforto

Domínio 12. Conforto

Classe 1. Conforto Físico

Classe 2. Conforto Ambiental

Classe 3. Conforto Social

00183

Disposição para conforto melhorado

(2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquica, ambiental e/ou social, que pode ser fortalecido.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento
- Expressa desejo de aumentar o conforto
- Expressa desejo de aumentar o relaxamento
- Expressa desejo de intensificar a resolução das queixas

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Conforto prejudicado

(2008, 2010; LOE 2.1)

Definição

Percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade
- Choro
- Desconforto com a situação
- Descontentamento com a situação
- Incapacidade de relaxar
- Inquietação
- Irritabilidade
- Lamento
- Medo
- Prurido
- Sensação de calor
- Sensação de desconforto
- Sensação de fome
- Sensação de frio
- Sintomas de sofrimento
- Suspiros

Fatores relacionados

- Controle ambiental insuficiente
- Controle situacional insuficiente
- Estímulos ambientais nocivos
- Privacidade insuficiente
- Recursos insuficientes (p. ex., financeiro, social, conhecimento)
- Regime de tratamento
- Sintomas relativos à doença

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Dor aguda

(1996, 2013; LOE 2.2)

Definição

Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível.

Características definidoras

- Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor (p. ex., escala FACES de Wong-Baker, escala visual analógica, escala numérica de classificação)
- Autorrelato de características da dor usando instrumento de dor padronizado (p. ex., Questionário de Dor McGill, Inventário Breve de Dor)
- Comportamento de distração
- Comportamento expressivo (p. ex., agitação, choro, vigilância)
- Comportamento protetor
- Desesperança
- Diaforese
- Dilatação pupilar
- Evidência de dor usando lista de verificação padronizada de dor para pessoas incapazes de comunicação verbal (p. ex., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)
- Expressão facial de dor (p. ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta)
- Foco em si mesmo
- Foco estreitado (p. ex., percepção do tempo, processos de pensamento, interação reduzida com pessoas e ambiente)
- Gestos de proteção
- Mudanças no apetite
- Mudanças no parâmetro fisiológico (p. ex., pressão sanguínea, frequências cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, concentração de dióxido de carbono [CO₂] ao final da expiração)
- Posição para aliviar a dor
- Relato de outra pessoa sobre comportamento da dor/mudanças na atividade (p. ex., familiar, cuidador)

Fatores relacionados

- Agente lesivo biológico (p. ex., infecção, isquemia, neoplasma)

- Agente lesivo físico (p. ex., abscesso, amputação, queimadura, corte, levantamento de algo pesado, procedimento cirúrgico, trauma, excesso de treinamento)
- Agente lesivo químico (p. ex., queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Dor crônica

(1986, 1996, 2013; LOE 2.2)

Definição

Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três (>3) meses.

Características definidoras

- Alteração da capacidade de continuar atividades prévias
- Anorexia
- Autorrelato de características da dor usando instrumento padronizado de dor (p. ex., Questionário de Dor McGill, Inventário Breve de Dor)
- Autorrelato de intensidade usando escala padronizada de dor (p. ex., escala FACES Wong-Baker, escala visual analógica, escala numérica de classificação)
- Evidências de dor, usando lista padronizada de verificação de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente (p. ex., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)
- Expressão facial de dor (p. ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta)
- Foco em si próprio
- Mudanças no padrão de sono
- Relato de outra pessoa de comportamento de dor/mudança nas atividades (p. ex., familiar, cuidador)

Fatores relacionados

- Agente lesivo*
- Alteração no padrão de sono
- Aumento no índice de massa muscular
- Aumento prolongado no nível de cortisol
- Compressão de nervo
- Condição isquêmica
- Condição musculoesquelética crônica
- Condição relacionada a pós-trauma (p. ex., infecção, inflamação)
- Contusão
- Dano ao sistema nervoso
- Desequilíbrio de neurotransmissores, neuromoduladores e receptores

- Desnutrição
- Distúrbio genético
- Distúrbio imunológico (p. ex., neuropatia associada a HIV, vírus varicela-zóster)
- Fadiga
- Fratura
- Funcionamento metabólico prejudicado
- Gênero feminino
- História de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- História de abuso de substância
- História de endividamento excessivo
- História de exercício vigoroso
- História de mutilação da genitália
- História de posturas de trabalho estáticas
- Idade > 50 anos
- Infiltração de tumor
- Isolamento social
- Lesão muscular
- Lesão na medula espinal
- Lesão por esmagamento
- Manuseio repetido de cargas pesadas
- Padrão ineficaz de sexualidade
- Sofrimento emocional
- Uso prolongado de computador (p. ex., > 20 horas/semana)
- Vibração em todo o corpo

* Pode estar presente, embora não seja necessário; a dor pode ter etiologia desconhecida.

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Dor no trabalho de parto

(2013; LOE 2.1)

Definição

Experiência sensorial e emocional variável, de agradável a desagradável, associada ao trabalho de parto e nascimento da criança.

Características definidoras

- Alteração na frequência cardíaca
- Alteração na frequência respiratória
- Alteração na função neuroendócrina
- Alteração na função urinária
- Alteração na pressão sanguínea
- Alteração na tensão muscular
- Alteração no padrão de sono
- Apetite aumentado
- Apetite reduzido
- Comportamento de distração
- Comportamento de proteção
- Comportamento expressivo
- Contração uterina
- Diaforese
- Dilatação pupilar
- Dor
- Expressão facial de dor (p. ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta)
- Foco em si mesma
- Foco estreitado
- Náusea
- Posições para aliviar a dor
- Pressão no períneo
- Vômito

Fatores Relacionados

- Dilatação cervical
- Expulsão do feto

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00134

Náusea

(1998, 2002, 2010, LOE 2.1)

Definição

Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago, que pode ou não resultar em vômito.

Características definidoras

- Aversão à comida
- Deglutição aumentada
- Gosto amargo na boca
- Náusea
- Salivação aumentada
- Sensação de vontade de vomitar

Fatores relacionados

Biofísicos

- Distensão da cápsula do fígado
- Distensão da cápsula esplênica
- Distensão gástrica
- Distúrbios bioquímicos (p. ex., uremia, cetoacidose diabética)
- Doença de Ménière
- Doença esofágica
- Doença pancreática
- Enjoo causado pelo movimento
- Exposição a toxinas
- Gravidez
- Irritação gastrointestinal
- Labirintite
- Meningite
- Pressão intracraniana aumentada
- Regime de tratamento
- Tumores intra-abdominais
- Tumor localizado (p. ex., neuroma do acústico, tumor cerebral, metástase óssea)

Situacionais

- Ansiedade
- Distúrbio psicológico

- Estímulo visual desagradável
- Estímulos ambientais nocivos
- Medo
- Odores nocivos

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00255

Síndrome da dor crônica

(2013; LOE 2.2)

Definição

Dor recorrente ou persistente há no mínimo três meses e que afeta, de modo significativo, o funcionamento diário ou o bem-estar.

Características Definidoras

- Ansiedade (00146)
- Conhecimento deficiente (00126)
- Constipação (00011)
- Fadiga (00093)
- Insônia (00095)
- Isolamento social (00053)
- Medo (00148)
- Mobilidade física prejudicada (00085)
- Obesidade (00232)
- Padrão de sono perturbado (00198)
- Regulação do humor prejudicada (00241)
- Sobrecarga de estresse (00177)

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

00053

Isolamento social

(1982)

Definição

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

Características definidoras

- Ações repetitivas
- Ações sem sentido
- Afeto superficial
- Afeto triste
- Atraso no desenvolvimento
- Ausência de propósito
- Ausência de sistema de apoio
- Condição incapacitante
- Contato visual insuficiente
- Desejo de estar sozinho
- Doença
- História de rejeição
- Hostilidade
- Incapacidade de atender às expectativas de outros
- Incoerência cultural
- Insegurança em público
- Membro de uma subcultura
- Preocupação com os próprios pensamentos
- Retraimento
- Sentir-se diferente dos outros
- Solidão imposta por outros
- Valores incoerentes com as normas culturais

Fatores relacionados

- Alteração na aparência física
- Alteração no bem-estar
- Alteração no estado mental
- Comportamento social incoerente com as normas
- Fatores que impactam nos relacionamentos pessoais satisfatórios (p. ex., atraso no desenvolvimento)

- Incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios
- Interesses de desenvolvimento inadequados
- Recursos pessoais insuficientes (p. ex., poucas conquistas, insight insatisfatório, afeto indisponível e de controle insatisfatório)
- Valores incoerentes com as normas culturais

Risco de solidão

(1994, 2006, 2013; LOE 2.1)

Definição

Vulnerabilidade a experienciar desconforto associado a desejo ou necessidade de mais contato com os outros, que pode comprometer a saúde.

Fatores de Risco

- Isolamento físico
- Isolamento social
- Privação afetiva
- Privação emocional

Literatura original de apoio disponível em www.nanda.org

Domínio 13

Crescimento/Desenvolvimento

00113

Risco de crescimento desproporcional*

(1998, 2013)

* Nota: esse diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição de 2018-2020, a não ser que seja concluído trabalho adicional para separar o foco de (1) crescimento acima do percentil 97º e (2) crescimento abaixo do percentil 3º em conceitos diagnósticos separados.

Definição

Vulnerabilidade a crescimento acima do 97º percentil ou abaixo do 3º percentil para a idade, cruzando dois canais de percentis, e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Cuidador

- Alteração na função cognitiva
- Dificuldades de aprendizagem
- Presença de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Problema de saúde mental (p. ex., depressão, psicose, transtorno de personalidade, abuso de substância)

Ambientais

- Desastre natural
- Economicamente desfavorecido
- Envenenamento por chumbo
- Exposição a teratígeno
- Exposição à violência
- Privação

Individuais

- Abuso de substância
- Anorexia
- Apetite insaciável
- Comportamentos alimentares mal-adaptados
- Comportamentos alimentares mal-adaptados do cuidador
- Desnutrição
- Doença crônica
- Infecção
- Prematuridade

Pré-natais

- Abuso de substância
- Distúrbios congênitos
- Distúrbios genéticos
- Exposição a teratógenos
- Infecção materna
- Múltiplas gestações
- Nutrição materna inadequada

00112

Risco de desenvolvimento atrasado

(1998, 2013)

Definição

Vulnerabilidade a atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Pré-natais

- Abuso de substâncias
- Analfabetismo funcional
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Cuidado pré-natal tardio
- Distúrbio genético
- Distúrbios endócrinos
- Economicamente desfavorecido
- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada
- Idade materna ≤ 15 anos
- Idade materna ≥ 35 anos
- Infecção
- Nutrição inadequada

Individuais

- Abuso de substâncias
- Convulsões
- Dependente de tecnologia (p. ex., ventilador, comunicação aumentada)
- Desastre natural
- Distúrbio congênito
- Distúrbios genéticos
- Doença crônica
- Envenenamento por chumbo
- Envolvimento com o sistema de adoção
- Fracasso para desenvolver-se
- História de adoção
- Lesão cerebral (p. ex., abuso, acidente, hemorragia, síndrome do bebê sacudido)
- Nutrição inadequada
- Otite média frequente

- Prejuízo da audição
- Prematuridade
- Regime de tratamento
- Teste para detecção de substâncias positivo
- Transtornos do comportamento (p. ex., déficit de atenção, desafiador de oposição)
- Visão prejudicada

Ambientais

- Economicamente desfavorecido
- Exposição à violência

Do cuidador

- Dificuldade de aprendizagem
- Presença de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)
- Problema mental (p. ex., depressão, psicose, transtorno de personalidade, abuso de substância)

Diagnósticos de enfermagem aceitos para desenvolvimento e validação clínica 2015-2017

O diagnóstico *Campo de energia perturbado* (00050) teve nova localização para um novo nível de evidências: Nível Teórico (1.2). A justificativa para essa mudança que retirou o diagnóstico da taxonomia é de que toda a literatura usada em apoio a ele relacionava-se com as intervenções e não com o conceito de campo de energia em si, nem com o conceito de campo de energia perturbado.

Para ser considerado como desse nível de evidências, a definição, as características definidoras e os fatores relacionados, ou os fatores de risco, devem ter citação de referências bibliográficas teóricas, quando existirem. Pode ser usada a opinião de especialistas para comprovação da necessidade do diagnóstico. A intenção dos diagnósticos recebidos nesse nível é possibilitar a discussão do conceito, testar a utilidade e a aplicabilidade clínicas e estimular pesquisas. Nesse estágio, o título e as suas partes componentes são categorizados como “Recebidos para Desenvolvimento e Validação Clínicos”, identificados como tal no *site* da NANDA-I (www.nanda.org) e em uma parte separada, no texto de Definições e Classificação.

Campo de energia perturbado (antes com o código 00050) – Retirado da taxonomia, categorizado como LOE 1.2 2013 (1994, 2004)

Definição

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

Características definidoras

- Percepção de mudanças no padrão do fluxo de energia, tais como:
 - Movimento (onda, espícula, tremor, espessamento, circulação)
 - Mudança de temperatura (calor, frio)
 - Mudanças visuais (imagem, cor)
 - Ruptura do campo (déficit, orifício, espícula, saliência, obstrução, congestão, fluxo diminuído no campo de energia)
 - Sons (tom, palavras)

Fatores relacionados

- Desaceleração ou bloqueio de fluxos de energia, relacionado a:
 - Fatores maturacionais
 - Crise de desenvolvimento relativa à idade
 - Dificuldades de desenvolvimento relativas à idade

- Fatores fisiopatológicos
 - Doença
 - Gestação
 - Lesão
- Fatores situacionais
 - Ansiedade
 - Dor
 - Medo
 - Pesar
- Fatores relacionados ao tratamento
 - Experiências perioperatórias
 - Imobilidade
 - Quimioterapia
 - Trabalho de parto e nascimento

Parte 4

NANDA International, 2015-2017

Declarações de posição da NANDA International

De tempos em tempos, a Mesa Diretora da NANDA-I apresenta declarações de posição por solicitação de membros ou usuários da Taxonomia. Há, atualmente, duas declarações de posição (atualizadas em outubro de 2010 pela Mesa Diretora da NANDA-I): uma aborda o uso da Taxonomia como uma estrutura de coleta de dados; a outra aborda a estrutura do enunciado do diagnóstico de enfermagem, quando for parte de um plano de cuidado. A NANDA-I publica essas declarações na tentativa de evitar que outros interpretem sua atitude em relação a assuntos importantes e, também, para evitar entendimentos ou interpretações erradas.

Declaração 1 de posição da NANDA-I: o uso da Taxonomia II como uma estrutura de coleta de dados

As coletas de dados de enfermagem proporcionam o ponto de partida para a determinação dos diagnósticos de enfermagem. É fundamental que seja usada na prática uma estrutura reconhecida de coleta de dados de enfermagem para a identificação de problemas, riscos e resultados do paciente para o fortalecimento da saúde.

A NANDA-I não endossa um método ou instrumento único de coleta de dados. O uso de uma estrutura de enfermagem baseada em evidências, como o Instrumento de coleta de dados segundo os Padrões Funcionais de Saúde de Gordon, deve orientar coletas de dados que ofereçam apoio aos enfermeiros na determinação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I.

Para uma determinação exata de diagnósticos de enfermagem, a melhor prática é uma estrutura de investigação útil, baseada em evidências.

Declaração 2 de posição da NANDA-I: a estrutura do enunciado do diagnóstico de enfermagem, quando fizer parte do plano de cuidado

A NANDA-I acredita que a estrutura de um diagnóstico de enfermagem, como um enunciado que inclui o conceito diagnóstico e os fatores relacionados, conforme evidenciados por características definidoras, seja a melhor prática clínica, podendo ser uma estratégia eficaz de ensino.

A acurácia do diagnóstico de enfermagem é validada quando o enfermeiro consegue, com clareza, identificar e ligar às características definidoras, aos fatores relacionados e/ou aos fatores de risco encontrados na coleta de dados do paciente.*

* A NANDA International define paciente como “indivíduo, família, grupo ou comunidade”. Atualização ocorrida em outubro de 2010 pela Mesa Diretora da NANDA International.

Ao mesmo tempo em que isso é reconhecido como a melhor prática, pode ser que alguns sistemas de informação não ofereçam tal oportunidade. Lideranças de enfermagem e especialistas em informática da enfermagem precisam trabalhar unidos para assegurar a

existência de soluções, no comércio, que permitam ao enfermeiro validar diagnósticos exatos por meio da identificação clara do enunciado do diagnóstico, de fatores relacionados e/ou de risco e características definidoras.

Processos e procedimentos para envio para análise e revisão de diagnósticos da NANDA-I

Os diagnósticos e as revisões propostas para diagnósticos são submetidos a uma revisão sistemática para determinar a coerência com os critérios estabelecidos para um diagnóstico de enfermagem. Todo o material enviado para apreciação é, posteriormente, submetido a etapas, de acordo com evidências em apoio ao nível de desenvolvimento ou à validação.

Os diagnósticos podem ser enviados à apreciação em vários níveis do desenvolvimento (p. ex., enunciado e definição; enunciado, definição, características definidoras ou fatores de risco; nível teórico de desenvolvimento e validação clínica, ou enunciado, definição, características definidoras e fatores relacionados).

As Diretrizes para Submissão de Diagnósticos da NANDA-I (NANDA-I Diagnosis Submission Guidelines) estão disponibilizadas no *site* da associação (www.nanda.org). Os diagnósticos devem ser enviados de forma eletrônica, com utilização do formulário que se encontra na página da *Internet*.

O diagnóstico será encaminhado a um revisor primário, pertencente ao Diagnosis Development Committee (DDC, Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos). Essa pessoa trabalhará com aquele que enviou o material à apreciação, no processo de revisão do DDC.

Informações sobre os processos *completo e rápido* de revisão para todos os materiais enviados envolvendo diagnósticos novos e para serem revisados acham-se no *site* www.nanda.org, na parte de desenvolvimento de diagnósticos. A todos os potenciais indivíduos que enviarem diagnósticos para revisão, recomendamos, enfaticamente, a análise dessas informações antes do envio do material. Mais orientações estão também disponíveis no *site*, no assunto *Procedimento para apelação de uma decisão do DDC sobre revisão de diagnóstico*. Esse processo explica o recurso disponível a quem enviou o material em caso de não aceitação.

Submissão de diagnósticos da NANDA-I: critérios de nível de evidências

O Comitê de Pesquisa e Educação da NANDA-I recebeu a tarefa de revisar e analisar esses critérios, quando for o caso, para que reflitam melhor o estado da ciência em relação à enfermagem baseada em evidências. Pessoas interessadas no envio de um diagnóstico para análise são aconselhadas a consultar o *site* da NANDA-I quanto a atualizações, sempre que estiverem disponíveis (www.nanda.org).

1. Recebido para desenvolvimento (Consulta ao DDC)

1.1 Apenas o título

O título está claro, enunciado em nível básico e com apoio de bibliografia identificada. O DDC consultará quem enviou o material e oferecerá orientações impressas e por meio de oficinas. Nesse estágio, o título é categorizado como “Recebido para desenvolvimento” e

identificado como tal no *site* da NANDA-I.

1.2 Título e definição

O título está claro e enunciado em nível básico. A definição é coerente com ele. Título e definição são diferentes de outros diagnósticos e definições da NANDA-I. A definição difere das características definidoras e do título, e esses componentes não estão incluídos na definição. Nesse estágio, o diagnóstico precisa ser coerente com a atual definição de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I (ver “Glossário”). O título e a definição têm apoio de referências bibliográficas identificadas. Aqui, título e definição estão categorizados como “Recebidos para desenvolvimento” e assim identificados no *site* da NANDA-I.

1.3 Nível teórico

A definição, as características definidoras e os fatores relacionados, ou fatores de risco, são oferecidos com a bibliografia mencionada, se houver. Pode ser usada a opinião de especialistas para corroborar a necessidade de um diagnóstico. A intenção dos diagnósticos recebidos nesse nível é permitir a discussão do conceito, o teste de utilidade e aplicabilidade clínicas e o estímulo à pesquisa. O título e as partes componentes são categorizados como “Recebidos para desenvolvimento e validação clínica”, identificados como tal no *site* da NANDA-I e em uma parte separada deste livro.

2. Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I

2.1 Título, definição, características definidoras e fatores relacionados, ou fatores de risco, e bibliografia

A bibliografia é citada para a definição, bem como para cada uma das características definidoras e cada fator relacionado, ou cada um dos fatores de risco. Além disso, há necessidade de os resultados e as intervenções de enfermagem em terminologia padronizada de enfermagem (p. ex., NOC, NIC) serem oferecidos para cada diagnóstico.

2.2 Análise do conceito

Os critérios em 2.1 são atendidos. Além disso, uma revisão narrada da literatura relevante, culminando em análise conceitual escrita, é necessária para demonstrar a existência de um corpo de conhecimentos substancial em apoio ao diagnóstico. A revisão bibliográfica/análise do conceito apoia o título e a definição e inclui discussão e suporte das características definidoras e dos fatores relacionados (para diagnósticos com foco no problema), fatores de risco (para diagnósticos de risco) ou características definidoras (para diagnósticos de promoção da saúde).

2.3 Estudos de consenso relacionados a diagnóstico que utiliza especialistas

Os critérios em 2.1 são atendidos. Os estudos incluem os que solicitam a opinião de especialistas, Delphi e estudos similares de componentes diagnósticos, em que os enfermeiros são os sujeitos.

3. Com apoio clínico (validação e testes)

3.1 Síntese da literatura

Os critérios em 2.2 são atendidos. A síntese aparece na forma de uma revisão analítica integrada da literatura. Termos de pesquisa/termos MESH usados na revisão são oferecidos em auxílio a futuros pesquisadores.

3.2 Estudos clínicos relacionados ao diagnóstico, mas não generalizáveis à população

Os critérios em 2.2 são atendidos. A narrativa concentra uma descrição de estudos relacionados ao diagnóstico, que inclui características definidoras e fatores relacionados ou de risco. Os estudos podem ser qualitativos por natureza ou quantitativos, utilizando amostras não randômicas, em que pacientes são os sujeitos.

3.3 Estudos Clínicos Bem Elaborados com Amostras Pequenas

Os critérios em 2.2 são atendidos. A narrativa concentra uma descrição de estudos relativos ao diagnóstico, que inclui características definidoras ou fatores de risco e fatores relacionados. Amostras randômicas são usadas nesses estudos, mas o tamanho da amostra é limitado.

3.4 Estudos clínicos bem elaborados com amostra randômica de tamanho suficiente para permitir a generalização à população em geral

Os critérios em 2.2 são atendidos. A narrativa inclui uma descrição de estudos relativos ao diagnóstico, que envolve características definidoras e fatores relacionados ou de risco. É usada amostragem randômica nesses estudos, e o tamanho da amostra é suficiente para permitir a generalização dos resultados à população como um todo.

Glossário

Diagnóstico de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou a uma vulnerabilidade para essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais respondem os enfermeiros. (Aprovado na Nona Conferência da NANDA com emendas feitas em 2009 e 2013.)

Diagnóstico de enfermagem com foco no problema

Julgamento clínico sobre uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida, existente em indivíduo, família, grupo ou comunidade.

Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde

Julgamento clínico sobre motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde e podem ser utilizadas em qualquer condição de saúde. Respostas de promoção da saúde podem ocorrer em indivíduo, família, grupo ou comunidade.

Diagnóstico de enfermagem de risco

Julgamento clínico sobre a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para desenvolvimento de uma resposta humana indesejada a condições de saúde/processos de vida.

Síndrome

Julgamento clínico que descreve um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem simultaneamente e são mais bem tratados em conjunto por meio de intervenções similares.

Eixos diagnósticos

Eixo

Resposta humana considerada no processo diagnóstico. Há sete eixos que acompanham o *International Standards Reference Model for a Nursing Diagnosis* (Modelo de Referência de Padrões Internacionais para um Diagnóstico de Enfermagem):

- Eixo 1: o foco do diagnóstico
- Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, cuidador, família, grupo, comunidade)
- Eixo 3: julgamento (prejudicado, ineficaz, etc.)
- Eixo 4: localização (bexiga, auditivo, cerebral, etc.)

- Eixo 5: idade (lactente, criança, adulto, etc.)
- Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente)
- Eixo 7: condição do diagnóstico (com foco no problema, de risco, de promoção da saúde)

Os eixos estão representados nos títulos dos diagnósticos de enfermagem por meio de seus valores. Determinados casos recebem um nome explícito, como os diagnósticos *Enfrentamento comunitário ineficaz* e *Enfrentamento familiar comprometido*, em que o sujeito do diagnóstico (no primeiro caso, “comunidade”; no segundo, “família”) recebe o nome mediante uso de dois valores retirados do Eixo 2 (sujeito do diagnóstico). “*Ineficaz*” e “*comprometido*” são dois valores contidos no Eixo 3 (julgamento).

Há casos em que o eixo está implícito, como no diagnóstico *Intolerância à atividade*, no qual o sujeito do diagnóstico (Eixo 2) é sempre o paciente. Em algumas situações, um eixo pode não ser pertinente a determinado diagnóstico, não participando, então, do título. Por exemplo, o eixo tempo pode não ser relevante a todos os diagnósticos. No caso de diagnósticos sem identificação explícita de seu sujeito, é importante considerar que a NANDA-I define paciente como “*indivíduo, família, grupo ou comunidade*”.

O eixo 1 (o foco do diagnóstico) e o 3 (julgamento) são componentes essenciais de um diagnóstico de enfermagem. Todavia, em alguns casos, o foco contém o julgamento (p. ex., *Náusea*); nesse, caso, o julgamento não está separado, de forma explícita, no título do diagnóstico. O Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) também é essencial, ainda que, conforme descrito anteriormente, pode estar implícito e, assim, não participar do título. O Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos (DDC) exige esses eixos no envio para análise; os demais podem ser usados quando relevantes à clareza.

Definições dos eixos

Eixo 1 O foco do diagnóstico

O foco é o elemento principal ou a parte fundamental/essencial, a raiz do diagnóstico de enfermagem. Descreve a “resposta humana”, que é o centro do diagnóstico.

O foco do diagnóstico pode consistir em um ou mais substantivos. Quando usado mais de um (p. ex., *Intolerância à atividade*) cada um contribui com um sentido único ao diagnóstico, como se os dois fossem um só substantivo; o significado do termo combinado, entretanto, difere do significado dos substantivos separadamente. Com frequência, um adjetivo (*espiritual*) pode ser usado com um substantivo (*sofrimento*) para denotar o foco *Sofrimento espiritual* (ver Cap. 4, Tabela 1).

Eixo 2 Sujeito do diagnóstico

Pessoa(s) para quem é determinado um diagnóstico de enfermagem. Os valores no Eixo 2 que representam a definição de “paciente” da NANDA-I são:

- *Indivíduo*: o ser humano, diferente dos outros; uma pessoa.
- *Cuidador*: membro da família ou auxiliar que, com regularidade, cuida de uma criança, pessoa doente ou deficiente.

- **Família:** duas ou mais pessoas com relações contínuas ou permanentes, que percebem obrigações recíprocas para outros, sentem um significado comum e partilham algumas obrigações para os outros; relacionados pelo sangue e/ou opção.
- **Grupo:** quantidade de pessoas com características comuns.
- **Comunidade:** grupo de pessoas que habitam o mesmo local sob o mesmo governo. Exemplos: bairros e cidades.

Eixo 3 Julgamento

Um modificador que limita ou especifica o significado do foco do diagnóstico. Este, junto com o julgamento do enfermeiro a seu respeito, forma o diagnóstico. Os valores no Eixo 3 são encontrados no Capítulo 4, Tabela 2.

Eixo 4 Localização

Descreve as partes/regiões do corpo e/ou suas funções relacionadas – todos os tecidos, órgãos, locais anatômicos ou estruturas. Para as localizações no Eixo 4, ver Capítulo 4, Tabela 3.

Eixo 5 Idade

Refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico (Eixo 2). Os valores no Eixo 5 são registrados a seguir, com todas as definições retiradas da Organização Mundial da Saúde (2013), *exceto* a de idoso:

- **Feto:** ser humano não nascido, com mais de 8 semanas após a concepção até o nascimento
- **Neonato:** criança < 28 dias
- **Lactente:** criança > 28 dias e < 1 ano
- **Criança:** pessoa com idade entre 1 e 9 anos
- **Adolescente:** pessoa com idade entre 10 e 19 anos
- **Adulto:** pessoa com mais de 19 anos, a menos que a legislação do país defina a pessoa como adulta em idade mais precoce
- **Idoso:** pessoa > 65 anos

Eixo 6 Tempo

Descreve a duração do diagnóstico de enfermagem (Eixo 1). Os valores nesse eixo são:

- **Agudo:** menos de 3 meses
- **Crônico:** mais de 3 meses
- **Intermitente:** para ou recomeça a intervalos; periódico, cíclico
- **Contínuo:** que não é interrompido, continua sem parar
- **Perioperatório:** que ocorre ou é feito no momento de uma cirurgia (ou em torno dela)
- **Situacional:** relativo a um conjunto de circunstâncias em que alguém encontra a si mesmo

Eixo 7 Condição do Diagnóstico

Refere-se à realidade ou potencialidade do problema/síndrome ou categorização do diagnóstico de promoção da saúde. Os valores no Eixo 7 são *com foco no problema, de promoção da saúde e de risco*.

Componentes de um diagnóstico de enfermagem

Título do diagnóstico

Dá nome a um diagnóstico que reflete, no mínimo, seu foco (do Eixo 1) e o julgamento de enfermagem (do Eixo 3). É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indicadores relacionados. Pode incluir modificadores.

Definição

Traz uma descrição clara e precisa; delinea o significado do diagnóstico e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

Características definidoras

Indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome. Não apenas implica aquelas coisas que o enfermeiro consegue visualizar, mas as vistas, escutadas (p. ex., paciente/famíliares relatam), tocadas ou cheiradas.

Fatores de risco

Fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável. Apenas diagnósticos de risco têm fatores de risco.

Fatores relacionados

Fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Esses fatores podem ser descritos como anteriores a, associados a, relacionados com, contribuindo para ou auxiliares. Somente diagnósticos de enfermagem com foco no problema ou síndromes com foco no problema devem ter fatores relacionados; diagnósticos de promoção da saúde podem ter fatores relacionados se ajudarem a esclarecer o diagnóstico.

Definições para a classificação dos diagnósticos de enfermagem

Classificação

Organização sistemática de fenômenos relacionados em grupos ou classes, com base em características que os objetos têm em comum.

Nível de abstração

Descreve a concretude/abstração de um conceito:

- Conceitos muito abstratos são teóricos e podem não ser diretamente mensuráveis. São definidos por conceitos concretos, dissociados de qualquer instância específica, independentes de tempo e espaço. Têm mais descritores gerais e podem não ser clinicamente úteis para planejar o tratamento.
- Conceitos concretos são observáveis, mensuráveis e limitados por tempo e espaço. Constituem uma categoria específica, são mais exclusivos, nomeiam uma coisa real ou classe de coisas, são restritos por natureza e podem ser clinicamente úteis para planejar o tratamento.

Nomenclatura

Sistema ou conjunto de termos ou símbolos, em especial, numa dada ciência, disciplina ou arte; ato, processo ou instância de nomear (Merriam-Webster, 2009).

Taxonomia

“Classificação: classificação especialmente ordenada de plantas e animais, conforme suas supostas relações naturais”. A palavra deriva de *taxon* – “nome aplicado a um grupo taxonômico, em um sistema formal de nomenclatura” (Merriam-Webster, 2009).

Referência

Merriam-Webster, Inc. (2009). *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* (11th ed.)Springfield, MA: Author.

Oxford Dictionary On-Line, British and World Version. (2013). Oxford University Press.Available at: <http://www.oxforddictionaries.com/>

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.

World Health Organization (2013). Health topics: Infant, newborn. Available at: http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/.

World Health Organization (2013). Definition of key terms. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>.

Um convite para você se unir à NANDA International

As palavras são poderosas. Possibilitam-nos comunicar ideias e experiências aos outros para partilharmos o que compreendemos. Os diagnósticos de enfermagem são um exemplo de terminologia poderosa e precisa, que acentua e torna visível a contribuição singular da enfermagem para a saúde global. Os diagnósticos de enfermagem comunicam julgamentos profissionais que os enfermeiros fazem diariamente aos pacientes, colegas, membros de outras áreas e público. Eles falam por nós.

NANDA International: uma organização voltada aos membros

Nossa visão

A NANDA International Inc. (NANDA-I) será uma força global para o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia padronizada de enfermagem para melhorar o atendimento de saúde a todos.

Nossa missão

Facilitar o desenvolvimento, o aperfeiçoamento, a disseminação e a utilização de terminologia padronizada para os diagnósticos de enfermagem.

- Oferecemos os diagnósticos de enfermagem baseados em evidências mais destacados mundialmente para uso na prática e na determinação das intervenções e dos resultados.
- Financiamos pesquisas por meio da Fundação NANDA-I.
- Somos uma rede global dinâmica e apoiadora dos enfermeiros comprometidos com a melhoria da qualidade do atendimento de enfermagem, por meio da prática baseada em evidências.

Nosso propósito

A implementação dos diagnósticos de enfermagem reforça todos os aspectos da prática dessa profissão, desde a obtenção de respeito profissional até a garantia de uma documentação exata para reembolso.

A NANDA International existe para desenvolver, aperfeiçoar e promover uma terminologia que, com precisão, reflita os julgamentos clínicos dos enfermeiros. Essa perspectiva singular e baseada em evidências inclui as dimensões social, psicológica e espiritual do atendimento.

Nossa história

A NANDA International foi fundada em 1982 e conhecida originalmente como North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Começou com o *National Conference Group* (Grupo da Conferência Nacional), uma força-tarefa estabelecida na *First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses* (Primeira Conferência Nacional de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem), ocorrida em St. Louis, Missouri, Estados Unidos, em 1973. Essa conferência e a força-tarefa que dela

resultou despertaram o interesse pela ideia de padronizar a terminologia da enfermagem. Em 2002, a NANDA foi relançada como NANDA International para refletir o aumento do interesse, em todo o mundo, pelo campo do desenvolvimento de termos para enfermagem. Embora não mais usemos o nome “North American Nursing Diagnosis Association”, não sendo mais adequado se referir assim à instituição, a não ser em citações anteriores a 2002 (não usar também *North American Nursing Diagnosis Association*), ainda mantemos “NANDA” como marca no nome devido ao reconhecimento internacional como a liderança na terminologia de diagnósticos de enfermagem.

Nesta edição, a NANDA-I aprovou 234 diagnósticos para uso clínico, testes e aperfeiçoamento. Um processo dinâmico e internacional de revisão e classificação de diagnósticos aprova e atualiza os termos e as definições para respostas humanas identificadas.

A NANDA-I tem redes nos seguintes países: Brasil, Colômbia, Equador, México, Nigéria-Gana, Peru e Portugal, além do grupo de língua alemã. Outros países, campos de trabalho e/ou grupos linguísticos interessados em compor a rede da NANDA International devem fazer contato com a Diretoria Executiva/CEO da NANDA-I, em execdir@nanda.org. A NANDA-I tem também elos de cooperação com sociedades de terminologias de enfermagem no mundo todo, como a Japan Society of Nursing Diagnosis (JSND), a Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO), a Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE), a Association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers (AFEDI), a Nursing Intervention Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC).

Compromisso da NANDA-I

A NANDA-I é uma organização voltada a seus membros, comprometida com o desenvolvimento de uma terminologia para os diagnósticos de enfermagem. O resultado almejado é oferecer a enfermeiros de todas as áreas e níveis de atuação uma terminologia de enfermagem padronizada, com a qual:

- damos nome às respostas humanas reais ou potenciais a problemas de saúde e processos de vida;
- desenvolvemos, aperfeiçoamos e disseminamos terminologia baseada em evidências, representativa de julgamentos clínicos feitos por enfermeiros profissionais;
- facilitamos o estudo dos fenômenos que preocupam os enfermeiros para melhorar o atendimento, a segurança e os resultados dos pacientes, pelos quais os profissionais são responsáveis;
- documentamos o atendimento para reembolso dos serviços de enfermagem;
- contribuímos para o desenvolvimento da informática e dos padrões de informação, assegurando a inclusão da terminologia de enfermagem nos registros eletrônicos de atendimento de saúde.

A terminologia de enfermagem é essencial para a definição do futuro da prática da

profissão e para garantir que os conhecimentos de enfermagem estejam representados no prontuário do paciente – a NANDA-I está na liderança global desse processo. Una-se a nós e torne-se parte desse processo entusiasmante!

Oportunidades de envolvimento

A participação dos membros da NANDA-I é fundamental ao crescimento e desenvolvimento da terminologia de enfermagem. Há muitas oportunidades de participação em comitês, no desenvolvimento, na utilização e no aperfeiçoamento dos diagnósticos, além de pesquisas. Há, ainda, oportunidades de trabalho de conexão internacional e formação de redes com lideranças da enfermagem.

Por que se unir à NANDA-I?

Uma rede profissional de trabalho

- São construídas redes profissionais por meio de trabalho em comitês, participação em várias conferências, na conferência bianual e no *Nursing Diagnosis Discussion Forum* (Foro de Discussão de Diagnósticos de Enfermagem), com alcance por meio do Online Membership Directory, além de participação nas Mídias Sociais (p. ex., Facebook e Twitter)
- Os *NANDA-I Membership Network Groups* (Grupos de Membros em Rede da NANDA-I) conectam colegas em determinado país, região, idioma ou especialização de enfermagem.
- A contribuição e os feitos profissionais são reconhecidos por meio dos prêmios Fundadores, Mentores, Contribuição Única e Prêmios do Editor. São oferecidos prêmios em recursos financeiros para pesquisas, por meio da NANDA-I Foundation.
- Os companheiros são identificados pela NANDA-I como lideranças de enfermagem, com especialização em linguagens especializadas de enfermagem em áreas como educação, administração, prática clínica, informática e pesquisa.

Recursos

- Os membros recebem uma assinatura complementar da nossa revista, *The International Journal of Nursing Knowledge* (IJNK), editada a cada quatro meses. A IJNK informa sobre tentativas de desenvolver e implementar a linguagem padronizada da enfermagem em todo o mundo. A página da NANDA-I na *Internet* oferece recursos para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem, seu aperfeiçoamento e envio para apreciação, além de atualizar a Taxonomia da NANDA-I, trazendo também um Online Membership Directory (Diretório Online para Membros).

Benefícios para os sócios

- Os membros da NANDA-I recebem descontos nas publicações da Taxonomia, inclusive nas versões impressa e eletrônica, além de versões de resumos em lista da *NANDA-I*

Nursing Diagnoses & Classifications.

- Fazemos parceria com organizações que oferecem produtos/serviços que interessem à comunidade de enfermeiros, com preços vantajosos aos membros. Os descontos para sócios aplicam-se à nossa conferência a cada dois anos e aos produtos da NANDA-I, como camisetas e sacolas.
- Nossas taxas de Membros Regulares baseiam-se na classificação dos países da Organização Mundial da Saúde. Esperamos que esse dado permita que mais pessoas com interesse pelo trabalho da NANDA-I participem no estabelecimento dos rumos futuros da organização.

Como fazer a filiação

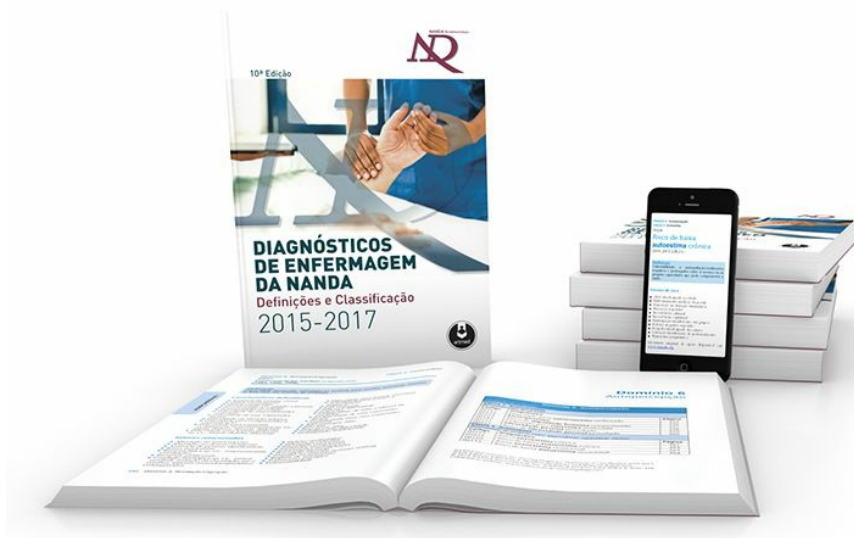
Acesse www.nanda.org para mais informações e orientações sobre o registro de filiação.

Quem está utilizando a taxonomia da NANDA International

- É compatível com a International Standards Organization (ISO)
- É registrada no Health Level 7 (Nível de Saúde 7)
- Está disponível no SNOMED-CT
- É compatível com o Unified Medical Language System (UMLS)
- Tem a terminologia reconhecida pela American Nurses' Association (ANA)

A Taxonomia da NANDA-I está disponível em idiomas como bahasa indonésio, basco, chinês ortodoxo, tcheco, holandês, inglês, estoniano, francês, alemão, italiano, japonês, português, espanhol (edição europeia e hispano-americana) e sueco.

Mais informações e solicitação para filiação *on-line* estão disponíveis em www.nanda.org.



Conheça também

ALFARO-LEFEVRE, R.

Aplicação do Processo de Enfermagem: Fundamento para o Raciocínio Clínico – 8. Ed.

BASTABLE, S.B.

O enfermeiro como Educador: Princípios de Ensino-Aprendizagem para a Prática de Enfermagem – 3. Ed.

CARPENITO-MOYET, L.J.

Compreensão do Processo de Enfermagem: Mapeamento de Conceitos e Planejamento do Cuidado para Estudantes

CARPENITO-MOYET, L.J.

Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica – 13. Ed.

CARPENITO-MOYET, L.J.

Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos – 5. Ed.

GAIDZINSKI, R.R.

Diagnóstico de Enfermagem na Prática Clínica

GARCIA, T.R. (ORG.)

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Aplicação à Realidade Brasileira

GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. (ORGS.)

Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR)

Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem: Enfrentando os Desafios Hospitalares Atuais

KNODEL, L.J.

Administração em Enfermagem - Coleção Nurse to Nurse

LARRABEE, J.H.

Prática Baseada em Evidências - Coleção Nurse to Nurse

LUNNEY, M.

Pensamento Crítico para o Alcance de Resultados Positivos em Saúde: Análises e Estudos de Caso em Enfermagem

LYNN, P.

Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor: Uma Abordagem ao Processo de Enfermagem – 2. Ed.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J.

Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática – 8. Ed.

TIMBY, B.K.

Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem – 10. Ed.



O **Grupo A** reúne as melhores soluções em Educação para estudantes, profissionais, professores, instituições de ensino e empresas. Além dos selos **Artmed**, **Bookman**, **Penso**, **Artes Médicas** e **McGraw-Hill**, representamos com exclusividade a **Blackboard** no Brasil, líder mundial no setor de soluções tecnológicas para a Educação.

Também fazem parte do Grupo A iniciativas como a **Revista Pátio**, os portais médicos **MedicinaNET** e **HarrisonBrasil**, os programas de educação continuada do **Secad** e a empresa de produção de conteúdos digitais para o ensino **GSI Online**.

0800 703 3444

sac@grupoa.com.br

Av. Jerônimo de Ornelas, 670

Santana

CEP: 90040-340 • Porto Alegre / RS



Índice

Nota	2
CONTEÚDO ONLINE	4
Sumário	9
Diretrizes para permissão de direitos autorais da NANDA International	24
Prefácio	25
Introdução	28
Como usar este livro	28
Parte 1	31
Introdução	32
O que é novo na edição 2015-2017 do livro Diagnósticos e classificação?	33
Agradecimentos	33
Autores de capítulos	33
Revisores de capítulos	33
Revisora da padronização dos termos diagnósticos	33
Mudanças nos diagnósticos de promoção da saúde e de risco	33
Novos diagnósticos de enfermagem, 2015-2017	34
Diagnósticos de enfermagem revisados, 2015-2017	35
Mudanças na localização dos diagnósticos atuais na Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017	37
Revisões dos títulos diagnósticos na Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017	37
Diagnósticos de enfermagem retirados da Taxonomia II da NANDA-I, 2015-2017	38
Padronização dos termos indicadores do diagnóstico	38
Outras mudanças realizadas na edição de 2015-2017	40
Parte 2	41
Capítulo 1 Fundamentos do diagnóstico de enfermagem	44
Como um enfermeiro (ou estudante de enfermagem) diagnostica?	46
Entendendo os conceitos de enfermagem	47
Coleta de dados	48
Diagnóstico de enfermagem	48
Planejamento/Intervenção	50
Avaliação	51
Uso do diagnóstico de enfermagem	51
Breve resumo do capítulo	52

Perguntas sobre os diagnósticos de enfermagem comumente feitas por aprendizes*	53
Referências	53
Capítulo 2 Da coleta de dados ao diagnóstico	54
O que acontece durante uma coleta de dados de enfermagem?	54
Por que os enfermeiros coletam dados?	55
A coleta de dados inicial	56
Não se trata somente de “preenchimento de espaços vazios”	56
Estrutura da coleta de dados	57
Devemos usar a Taxonomia da NANDA-I como estrutura de coleta de dados?	57
Análise dos dados	58
Dados subjetivos versus dados objetivos	59
Pergunte a si mesmo: esses dados significam:	60
Agrupamento de informações/identificação de um padrão	60
Identificação de possíveis diagnósticos de enfermagem (hipóteses diagnósticas)	61
Coleta de dados aprofundada	62
Confirmação/rejeição de possíveis diagnósticos de enfermagem	64
Eliminação de possíveis diagnósticos de enfermagem	65
Pergunte a si mesmo: quando olho as informações do paciente:	66
Novos possíveis diagnósticos	67
Diferenciação entre diagnósticos similares	67
Pergunte a si mesmo: quando vejo as informações do paciente à luz de diagnósticos similares:	69
Elaboração de um diagnóstico/priorização	69
Resumo	70
Referências	70
Capítulo 3 Uma introdução à Taxonomia da NANDA-I	72
Taxonomia: visualização de uma estrutura taxonômica	72
Classificação em enfermagem	75
Uso da taxonomia da NANDA-I	77
Estruturando currículos de enfermagem	78
Identificação de um diagnóstico de enfermagem fora de sua área de expertise	79
Estudo de caso: Sra. Souza	81
Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: uma breve história	82
Referências	99
Capítulo 4 Taxonomia II da NANDA-I: especificações e definições	100

Estrutura da Taxonomia II	100
Um sistema multiaxial de construção de conceitos diagnósticos	101
Definições dos eixos	103
Eixo 1: O foco do diagnóstico	103
Eixo 2: Sujeito do diagnóstico	106
Eixo 3: Julgamento	107
Eixo 4: Localização	108
Eixo 5: Idade	108
Eixo 6: Tempo	108
Eixo 7: Situação do diagnóstico	109
Desenvolvimento e submissão de um diagnóstico de enfermagem	109
Demais desenvolvimentos da taxonomia da NANDA-I	112
Referências	112
Leituras recomendadas	112
Capítulo 5 Perguntas feitas com frequência	113
Perguntas básicas sobre linguagens padronizadas de enfermagem	113
O que é uma linguagem padronizada de enfermagem?	113
Quantas linguagens de enfermagem existem?	113
Quais são as diferenças entre as linguagens de enfermagem padronizadas?	113
Percebo que muitas pessoas usam termos como “selecionar um diagnóstico”, “escolher um diagnóstico”, “pegar um diagnóstico”, o que soa como se houvesse uma maneira fácil de saber que diagnóstico usar. É isso mesmo?	113
Perguntas básicas sobre a NANDA-I	114
O que é a NANDA International?	114
O que é taxonomia?	114
Por que a NANDA-I cobra uma taxa para acesso a seus diagnósticos de enfermagem?	114
Se comprar um livro e datilografar os conteúdos em software, ainda assim tenho que pagar?	114
A estrutura da Taxonomia II deve ser usada como recurso de levantamento de dados de enfermagem?	115
O que é o PES, como foi desenvolvido e quais suas origens? A NANDA-I exige o formato/esquema PES?	115
Como redijo o enunciado diagnóstico para diagnósticos de risco, com foco no problema e de promoção da saúde?	116
Diagnóstico de promoção da saúde	116
A NANDA-I oferece uma lista de seus diagnósticos?	117
Perguntas básicas sobre diagnósticos de enfermagem	117
Um diagnóstico de enfermagem pode ser usado com segurança em outro	

local que não uma unidade de pacientes internados, como em salas de cirurgia e ambulatórios?	117
Enfermeiros em unidades de atendimento a pacientes críticos devem usar diagnósticos de enfermagem? Estamos ocupados demais atendendo condições médicas.	118
Quais são os tipos de diagnósticos de enfermagem na classificação da NANDA-I?	118
O que são diagnósticos de enfermagem e por que devo usá-los?	118
Qual é a diferença entre um diagnóstico médico e um diagnóstico de enfermagem?	119
Que partes compõem um diagnóstico e o que significam para enfermeiros na prática?	119
Estudo de caso: Myra Johansen	120
Que diagnóstico de enfermagem é mais aplicável a um paciente com acidente vascular encefálico? Como redijo um plano de cuidados que inclua um diagnóstico de enfermagem a pacientes com uma condição/diagnóstico médico específico, por exemplo, fratura de quadril?	121
Quantos diagnósticos meu paciente deve ter?	122
Posso mudar um diagnóstico de enfermagem depois de ter sido documentado no prontuário médico do paciente?	122
Posso documentar diagnósticos de enfermagem de familiares de um paciente, no prontuário médico do paciente?	122
Todos os diagnósticos de enfermagem podem ser usados de modo seguro e legal em todos os países?	123
Perguntas sobre características definidoras	123
O que são características definidoras?	123
Características definidoras no livro nem sempre são dados passíveis de observação; algumas são julgamentos (p. ex., pesar complicado ou conhecimento deficiente). Como usá-las na coleta de dados?	123
As características definidoras no livro estão organizadas em ordem de importância?	123
Quantas características definidoras preciso identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem?	124
Perguntas sobre fatores relacionados	124
O que são fatores relacionados?	124
Quantos fatores relacionados tenho que identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem?	124
Fatores relacionados nos diagnósticos da NANDA-I nem sempre são fatores que um enfermeiro pode eliminar ou diminuir. Devo incluí-los num enunciado diagnóstico?	124
Perguntas sobre fatores de risco	125

O que são fatores de risco?	125
Quantos fatores de risco tenho que identificar para diagnosticar um paciente com determinado diagnóstico de enfermagem de risco?	125
Fatores de risco no livro nem sempre são fatores que um enfermeiro pode eliminar ou reduzir. Devo incluí-los no enunciado diagnóstico?	125
Há alguma relação entre fatores relacionados e fatores de risco, como no caso de diagnósticos que têm um diagnóstico baseado em um problema ou de promoção da saúde, e de risco?	125
Como diferenciar diagnósticos de enfermagem similares	126
Como posso decidir entre diagnósticos muito similares – como saber qual é o mais preciso/acurado?	126
Posso adicionar “risco de” a um diagnóstico com foco no problema, tornando-o um diagnóstico de risco? Ou retirar “risco de” de um diagnóstico de risco, tornando-o um diagnóstico com foco no problema?	126
Perguntas sobre a elaboração de um plano de tratamento	127
São todas as intervenções de enfermagem que exigem um diagnóstico de enfermagem? Toda a prática da enfermagem relativa aos cuidados do paciente é derivada de diagnósticos de enfermagem?	127
Como encontro intervenções para uso com os diagnósticos de enfermagem?	128
Quando um plano de atendimento de enfermagem precisa de revisão?	129
Perguntas sobre ensino/aprendizagem de diagnósticos de enfermagem	130
Jamaís aprendi sobre diagnósticos de enfermagem quando fazia o curso. Qual é a melhor maneira de estudar o diagnóstico de enfermagem? Não estou à vontade para ensinar diagnósticos de enfermagem, uma vez que nunca aprendi sobre eles durante o curso. Algumas recomendações?	130
Devo escolher um diagnóstico de cada um dos 13 domínios e combinar no final da coleta de dados?	130
Meus professores não permitem o uso de diagnósticos de risco porque, dizem, nosso foco é em diagnósticos “reais”. Os riscos dos pacientes não são “reais”?	131
Nosso currículo básico de enfermagem já está cheio. Quando devem ser ensinados os diagnósticos de enfermagem e quem deve fazer isso?	131
Perguntas sobre o uso da NANDA-I em prontuários de saúde eletrônicos	132
Há alguma obrigatoriedade reguladora no sentido de que problemas, intervenções e resultados do paciente incluídos num prontuário de saúde eletrônico sejam enunciados usando a terminologia da NANDA-I? Por que usar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com um sistema de saúde eletrônico?	132
Perguntas sobre desenvolvimento e revisão de diagnósticos	132
Quem desenvolve e revisa os diagnósticos da NANDA-I?	133
Entendo que os enfermeiros possam enviar à apreciação novos	

diagnósticos de enfermagem, bem como revisar diagnósticos em uso.	133
Como a NANDA-I auxilia? Existe algum serviço gratuito para esse apoio?	
Por que alguns diagnósticos são revisados?	133
Perguntas sobre o texto de definições e classificação da NANDA-I	133
Como sei que diagnósticos são novos?	133
Quando revisei os códigos eletrônicos informados neste livro, percebi a falta de alguns – isso significa que alguns diagnósticos estão faltando?	133
Quando um diagnóstico é revisado, como saber o que foi mudado? Percebi mudanças em alguns diagnósticos, mas eles não estão arrolados como revisões – por quê?	134
Por que não são todos os diagnósticos que mostram um nível de evidências (LOE-level of evidence)?	134
O que houve com a bibliografia? Por que a NANDA-I não imprimiu as usadas para todos os diagnósticos?	134
Referências	135
Parte 3	136
Considerações Internacionais sobre o uso da Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I	137
Domínio 1: Promoção da Saúde	141
Atividade de recreação deficiente	141
Estilo de vida sedentário	143
Falta de adesão	145
Comportamento de saúde propenso a risco	148
Controle da saúde familiar ineficaz	150
Controle ineficaz da saúde	152
Disposição para controle da saúde melhorado	154
Manutenção ineficaz da saúde	156
Proteção ineficaz	158
Saúde deficiente da comunidade	160
Síndrome do idoso frágil	162
Risco de síndrome do idoso frágil	164
Domínio 2. Nutrição	168
Padrão ineficaz de alimentação do lactente	168
Amamentação ineficaz	170
Amamentação interrompida	173
Disposição para amamentação melhorada	175
Deglutição prejudicada	177
Leite materno insuficiente	181

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	184
Disposição para nutrição melhorada	187
Obesidade	189
Sobrepeso	192
Risco de sobrepeso	195
Risco de função hepática prejudicada	198
Risco de glicemia instável	200
Icterícia neonatal	202
Risco de icterícia neonatal	204
Risco de desequilíbrio eletrolítico	206
Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado	208
Volume de líquidos deficiente	210
Risco de volume de líquidos deficiente	212
Volume de líquidos excessivo	214
Risco de volume de líquidos desequilibrado	217
Domínio 3. Eliminação e Troca	220
Disposição para eliminação urinária melhorada	220
Eliminação urinária prejudicada	222
Incontinência urinária de esforço	224
Incontinência urinária de urgência	226
Risco de incontinência urinária de urgência	228
Incontinência urinária funcional	230
Incontinência urinária por transbordamento	232
Incontinência urinária reflexa	234
Retenção urinária	236
Constipação	238
Risco de constipação	242
Constipação funcional crônica	245
Risco de constipação funcional crônica	249
Constipação percebida	251
Diarreia	253
Incontinência intestinal	255
Motilidade gastrointestinal disfuncional	258
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	260
Troca de gases prejudicada	262
Domínio 4. Atividade/Repouso	263
Insônia	265
Padrão de sono prejudicado	268

Privação de sono	270
Disposição para sono melhorado	273
Capacidade de transferência prejudicada	275
Deambulação prejudicada	277
Levantar-se prejudicado	279
Mobilidade física prejudicada	281
Mobilidade no leito prejudicada	284
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	286
Sentar-se prejudicado	288
Risco de síndrome do desuso	290
Domínio 5. Percepção/Cognição	343
Negligência unilateral	343
Confusão aguda	346
Risco de confusão aguda	348
Confusão crônica	350
Conhecimento deficiente	352
Disposição para conhecimento melhorado	354
Controle de impulsos ineficaz	356
Controle emocional instável	358
Memória prejudicada	361
Disposição para comunicação melhorada	363
Comunicação verbal prejudicada	365
Domínio 6. Autopercepção	369
Disposição para autoconceito melhorado	369
Desesperança	371
Risco de dignidade humana comprometida	373
Disposição para esperança melhorada	375
Identidade pessoal perturbada	377
Risco de identidade pessoal perturbada	380
Baixa autoestima crônica	382
Risco de baixa autoestima crônica	384
Baixa autoestima situacional	386
Risco de baixa autoestima situacional	388
Distúrbio na imagem corporal	390
Domínio 7. Papéis e Relacionamentos	394
Disposição para paternidade ou maternidade melhorada	394
Paternidade ou maternidade prejudicada	396
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada	400

Tensão do papel de cuidador	404
Risco de tensão do papel de cuidador	408
Processos familiares disfuncionais	411
Processos familiares interrompidos	416
Disposição para processos familiares melhorados	418
Risco de vínculo prejudicado	420
Conflito no papel de pai/mãe	422
Desempenho de papel ineficaz	424
Interação social prejudicada	427
Relacionamento ineficaz	429
Risco de relacionamento ineficaz	431
Disposição para relacionamento melhorado	433
Domínio 8. Sexualidade	436
Disfunção sexual	436
Padrão de sexualidade ineficaz	438
Risco de binômio mãe-feto perturbado	440
Processo de criação de filhos ineficaz	442
Risco de processo de criação de filhos ineficaz	445
Disposição para processo de criação de filhos melhorado	447
Domínio 9. Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	450
Síndrome do estresse por mudança	450
Risco de síndrome do estresse por mudança	453
Síndrome do trauma de estupro	455
Síndrome pós-trauma	458
Risco de síndrome pós-trauma	461
Ansiedade	463
Ansiedade relacionada à morte	467
Enfrentamento defensivo	470
Enfrentamento familiar comprometido	473
Enfrentamento familiar incapacitado	475
Disposição para enfrentamento familiar melhorado	477
Enfrentamento ineficaz	479
Enfrentamento ineficaz da comunidade	482
Disposição para enfrentamento melhorado	484
Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade	486
Sobrecarga de estresse	488
Sentimento de impotência	490
Risco de sentimento de impotência	492

Medo	494
Negação ineficaz	497
Pesar	499
Pesar complicado	501
Risco de pesar complicado	504
Planejamento de atividade ineficaz	506
Risco de planejamento de atividade ineficaz	508
Disposição para poder melhorado	510
Regulação do humor prejudicada	512
Risco de resiliência comprometida	515
Disposição para resiliência melhorada	517
Resiliência prejudicada	519
Tristeza crônica	521
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	523
Comportamento desorganizado do lactente	525
Risco de comportamento desorganizado do lactente	528
Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente	530
Disreflexia autonômica	532
Risco de disreflexia autonômica	534
Domínio 10. Princípios da Vida	538
Disposição para bem-estar espiritual melhorado	538
Conflito de decisão	541
Tomada de decisão emancipada prejudicada	543
Disposição para religiosidade melhorada	545
Religiosidade prejudicada	547
Risco de religiosidade prejudicada	550
Sufrimento espiritual	552
Risco de sofrimento espiritual	555
Sufrimento moral	557
Disposição para tomada de decisão melhorada	559
Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada	561
Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada	563
Domínio 11. Segurança/Proteção	566
Risco de infecção	566
Risco de aspiração	568
Risco de choque	570
Dentição prejudicada	572
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	575

Risco de disfunção neurovascular periférica	578
Integridade da pele prejudicada	580
Risco de integridade da pele prejudicada	582
Integridade tissular prejudicada	584
Risco de integridade tissular prejudicada	586
Risco de lesão	588
Risco de lesão por posicionamento perioperatório	590
Risco de lesão térmica	592
Risco de lesão na córnea	594
Risco de lesão do trato urinário	596
Risco de mucosa oral prejudicada	598
Mucosa oral prejudicada	600
Risco de olho seco	604
Risco de quedas	606
Recuperação cirúrgica retardada	609
Risco de recuperação cirúrgica retardada	612
Risco de sangramento	614
Risco de síndrome da morte súbita do lactente	616
Risco de sufocação	618
Risco de trauma	620
Risco de trauma vascular	623
Risco de úlcera por pressão	625
Automutilação	628
Risco de automutilação	631
Risco de suicídio	634
Risco de violência direcionada a outros	637
Risco de violência direcionada a si mesmo	639
Contaminação	641
Risco de contaminação	645
Risco de envenenamento	648
Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo	650
Risco de resposta alérgica	652
Resposta alérgica ao látex	654
Risco de resposta alérgica ao látex	657
Hipertermia	659
Hipotermia	661
Risco de hipotermia	664
Risco de hipotermia perioperatória	667

Termorregulação ineficaz	669
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	671
Domínio 12. Conforto	674
Disposição para conforto melhorado	674
Conforto prejudicado	676
Dor aguda	678
Dor crônica	681
Dor no trabalho de parto	684
Náusea	686
Síndrome da dor crônica	689
Isolamento social	691
Risco de solidão	694
Domínio 13. Crescimento/Desenvolvimento	697
Risco de crescimento desproporcional*	697
Risco de desenvolvimento atrasado	700
Diagnósticos de enfermagem aceitos para desenvolvimento e validação clínica 2015-2017	702
Campo de energia perturbado (antes com o código 00050) – Retirado da taxonomia, categorizado como LOE 1.2 2013 (1994, 2004)	702
Definição	702
Características definidoras	702
Fatores relacionados	702
Parte 4	704
Processos e procedimentos para envio para análise e revisão de diagnósticos da NANDA-I	707
Glossário	710
Um convite para você se unir à NANDA International	715
Conheça também	719
Sobre o Grupo A	721