

POTTER
PERRY

TRADUÇÃO DA 7^a EDIÇÃO

Fundamentos
DE ENFERMAGEM

MOSBY



Fundamentos DE ENFERMAGEM

Fundamentos DE ENFERMAGEM

TRADUÇÃO DA 7^a EDIÇÃO

Patricia A.
POTTER RN, MSN, PhD, FAAN

Research Scientist
Barnes-Jewish Hospital
Siteman Cancer Center at Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri

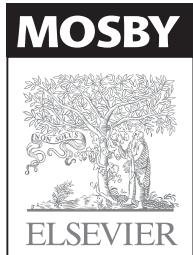
Anne Griffin
PERRY RN, EdD, FAAN

Professor and Chair
Department of Primary Care and Health
Systems Nursing
School of Nursing
Southern Illinois University
Edwardsville, Illinois

Editores das Seções

Amy Hall, RN, BSN, MS, PhD
Chair
Department of Nursing and
Health Sciences
Associate Professor of Nursing
University of Evansville
Evansville, Indiana

**Patricia A. Stockert, RN, BSN,
MS, PhD**
Professor and Associate Dean
Undergraduate Program
Saint Francis Medical Center
College of Nursing
Peoria, Illinois



DO ORIGINAL: FUNDAMENTALS OF NURSING, 7th EDITION

© 2009, 2005, 2001, 1997, 1993, 1989, 1985 por Mosby, um selo editorial Elsevier, Inc.

Tradução autorizada do idioma inglês da edição publicada por Mosby – um selo editorial Elsevier
ISBN: 978-0-323-06784-3

© 2009 Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19/02/1998.
Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

ISBN: 978-85-352-2568-6

Capa

Mello e Mayer Design

Editoração Eletrônica

WM Design

Elsevier Editora Ltda.

Conhecimento sem Fronteiras
Rua Sete de Setembro, nº 111 – 16º andar
20050-006 – Centro – Rio de Janeiro – RJ

Rua Quintana, nº 753 – 8º andar
04569-011 – Brooklin – São Paulo – SP

Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 026 53 40
sac@elsevier.com.br

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

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

NOTA

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

O Editor

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P893f

Potter, Patricia Ann

Fundamentos de enfermagem / Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry ; [tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2009.
il.

Tradução de: Fundamentals of nursing, 7th ed

Com mais de 1.100 ilustrações

Contém respostas do teste de revisão

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-85-352-2568-6

1. Enfermagem. I. Perry, Anne Griffin Perry. II. Título.

09-2608.

CDD: 610.73

CDU: 616-083

01.06.09 05.06.09

012997



Revisão Científica e Tradução

REVISÃO CIENTÍFICA

**Marcia Tereza Luz Lisboa (Caps. 1 a 10, 14, 18 a 23, 28 a 32, 34 a 38,
42, 43, 45, 47, 48 e Índice)**

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador e do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem da EEAN-UFRJ

Mestre pela Boston University
Doutora em Enfermagem pela EEAN-UFRJ

Ivone Evangelista Cabral (Caps. 11, 12, 13, 25, 39, 40, 41, 46)

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da EEAN-UFRJ

Pós-Doutorado pela McGill University
Doutora e Mestre em Enfermagem pela UFRJ
Pesquisadora do CNPq

Marcos Antônio Gomes Brandão (Caps. 15, 16, 17, 24 e 44)

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN-UFRJ

Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde pelo Nutes/UFRJ
Doutor em Enfermagem pela EEAN-UFRJ
Pesquisador-líder do Grupo de Pesquisa em Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem

Marluci Andrade Conceição Stipp (Caps. 27, 33, 49 e 50)

Professora Adjunta do Departamento de Metodologia da Enfermagem da EEAN-UFRJ

Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem da EEAN-UFRJ
Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ
Especialista em Pesquisa Clínica pelo Hospital Pró-Cardíaco

TRADUÇÃO

Adriana Pittella Sudré (Cap. 25)

Professora da Disciplina de Parasitologia da Universidade Federal Fluminense
(UFF)

Mestre em Patologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Alexandre Vianna Aldighieri Soares (Cap. 50)

Médico Graduado na UFRJ

Especialista em Clínica Médica e Endocrinologia pelo Instituto Estadual de
Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione

Ana Julia Perrotti-Garcia (Cap. 44)

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Professora do Curso de Pós-Graduação em Tradução da Unibero-Anhanguera

Mestre em Linguística pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(PUC-SP)

Angela Manetti Armentano Rodrigues (Cap. 26)

Mestre em Clínica Veterinária pela Universidade de São Paulo (USP)

Angela Satie Nishikako (Cap. 44)

Doutora em Ciências, área de Imunologia, pelo Departamento de Imunologia
do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo

Bacharel em Ciências Biológicas, Modalidade Médica, pela Universidade
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Bárbara de Alencar Leão Martins (Cap. 7)

Médica Oncologista

Cecília Cerqueira Café Mendes (Cap. 35)

Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP

Bacharel e Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade de Brasília
(UnB)

Denise Costa Rodrigues (Cap. 8, 27, 29)

Pós-Graduada em Tradução pela Universidade de Franca, em São Paulo
(Unifran-SP)

Bacharel em Tradução pela Universidade de Brasília (UnB)

Licenciada em Letras (Língua e Literatura Inglesas) pela UnB

Eliseanne Nopper (Cap. 2, 3, 11, 14)

Médica pela Faculdade de Medicina de Santo Amaro (OSEC/UNISA)

Especialização em Psiquiatria Clínica, FMSA e Complexo Hospitalar do
Mandaqui

Fernando Diniz Mundim (Cap. 15 a 18)

Professor Adjunto do Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Ione Araújo Ferreira (Cap. 5, 6, 20, 21, 24, 40, 49)

Bacharel em Letras Português/Inglês pela UFRJ

José Eduardo Ferreira de Figueiredo (Cap. 39)

Médico Chefe da Emergência Pediátrica do Hospital das Clínicas de Jacarepaguá
 Chefe do Serviço de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Semiu
 Médico de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Karina Penedo Carvalho (Índice)

Biologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
 Mestre em Morfologia e Doutorado em Biologia Humana e Experimental
 pela Pós-Graduação em Biologia Humana e Experimental da UERJ

Magda Aparecida dos Santos (Cap. 43)

Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP)
 Enfermeira do Grupo de Dor Aguda do InCor
 Enfermeira Especialista em Cardiologia pelo InCor

Marcelo Sampaio Narciso (Cap. 41, 45, 48)

Professor Adjunto do Programa de Histologia do Instituto de Ciências Biomédicas (ICB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
 Doutor em Morfologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
 Especialista em Histologia e Embriologia pela UERJ
 Mestre em Morfologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ)

Maria Inês Corrêa do Nascimento (Cap. 12, 13)

Bacharel em Letras (Tradução Bilíngue) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)

Moisés de Campos Maciel (Cap. 9)

Tradutor

Nelson Gomes de Oliveira (Cap. 36 e 37)

Médico do Trabalho (Aposentado) da Petrobras

Patricia Dias Fernandes (Cap. 46)

Laboratório de Farmacologia da Inflamação e do Óxido Nítrico Instituto de Ciências Biomédicas da UFRJ
 Pós-Doutora em Imunologia pelo Departamento de Imunologia da USP Mestre e Doutora em Química Biológica pelo Instituto de Bioquímica Médica da UFRJ
 Biomédica pela Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO)

Raimundo Rodrigues Santos (Cap. 22, 23, 38)

Médico Especialista em Neurologia e Neurocirurgia
 Mestre em Medicina pela UERJ

Renan Victor Kumpel Schmidt Lima (Cap. 1 e 42)

Graduando Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Sergio Jesus-Garcia (Cap. 19 e 47)

Especialista em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
 Médico pela Santa Casa de São Paulo

Simone da Cruz Cantarino (Cap. 10)

Tradutora

Soraya Imon de Oliveira (Cap. 32, 33)

Especialista de Laboratório junto ao Departamento de Física Experimental, no
Instituto de Física da Universidade de São Paulo (USP)

Especialista em Imunopatologia e Sorodiagnóstico (FUNDAP) pelo

Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da UNESP

Doutora em Imunologia pelo Departamento de Imunologia do Instituto de
Ciências Biomédicas da USP

Thays Alves de Oliveira (Cap. 34)

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Enfermeira Especialista em Cardiologia pela Unifesp

Doutoranda em Ciências Médicas – Processos Inflamatórios e Alérgicos pela

Disciplina de Emergências Clínicas da FMUSP

Vilma Ribeiro de Souza Varga (Cap. 28, 30, 31)

Graduada em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas
(Unicamp)

Residência em Neurologia Clínica pelo Hospital do Servidor Público do Estado
de São Paulo

Colaboradores

Marjorie Baier, RN, PhD

Associate Professor
School of Nursing
Southern Illinois University
Edwardsville, Illinois

Sylvia K. Baird, RN, BSN, MM

Manager of Nursing Quality
Spectrum Health
Grand Rapids, Michigan

Karen Balakas, RN, PhD, CNE

Associate Professor
Goldfarb School of Nursing at Barnes-Jewish College
St. Louis, Missouri

Lois Bentler-Lampe, RN, MS

Instructor
Saint Francis Medical Center College of Nursing
Peoria, Illinois

Sheryl Buckner, RN-BC, MS, CNE

Academic and Staff Developer, Clinical Instructor
College of Nursing
University of Oklahoma
Oklahoma City, Oklahoma

Jeri Burger, RN, PhD

Assistant Professor
College of Nursing and Health Professions
University of Southern Indiana
Evansville, Indiana

Janice C. Colwell, RN, MS, CWOCN, FAAN

Clinical Nurse Specialist
University of Chicago Hospitals
Chicago, Illinois

Eileen Costantinou, RN, MSN, BC

Consultant
Center for Practice Excellence
Barnes-Jewish Hospital
St. Louis, Missouri

Margaret Ecker, RN, MS

Director, Nursing Quality
Kaiser Permanente Los Angeles Medical Center
Los Angeles, California

Susan J. Fetzer, RN, PA, BSN, MSN, MBA, PhD

Associate Professor
College of Health and Human Services
University of New Hampshire
Durham, New Hampshire

Victoria N. Folse, APRN, BC, LCPC, PhD

Assistant Professor
School of Nursing, Illinois Wesleyan University
Bloomington, Illinois

Steve Kilkus, RN, MSN

Faculty
Edgewood College School of Nursing
Madison, Wisconsin

Judith Ann Kilpatrick, RN, MSN, DNSc

Assistant Professor
Widener University School of Nursing
Chester, Pennsylvania

Lori Klingman, RN, MSN

Faculty, School of Nursing
Ohio Valley General Hospital
McKees Rocks, Pennsylvania

X Colaboradores

Anahid Kulwicki, RN, DNS, FAAN

Deputy Director
Wayne County Department of Health and Human Services
Professor
Oakland University
School of Nursing
Rochester, Michigan

Annette Lueckenotte, RN, MS, BC, GNP, GCNS

Gerontologic Clinical Nurse Specialist
Barnes-Jewish West County Hospital
Creve Coeur, Missouri

Barbara Maxwell, RN, BSN, MS, MSN, CNS

Associate Professor of Nursing
Ulster Department of Nursing
The State University New York
Stone Ridge, New York

Elaine Neel, RN, BSN, MSN

Nursing Instructor
Graham Hospital School of Nursing
Canton, Illinois

Wendy Ostendorf, BSN, MS, EdD

Associate Professor
Neumann College
Aston, Pennsylvania

Patsy Ruchala, RN, DNSc

Director and Professor
Orvis School of Nursing
University of Nevada–Reno
Reno, Nevada

Lynn Schallom, MSN, CCRN, CCNS

Clinical Nurse Specialist
Surgical Critical Care
Barnes-Jewish Hospital
St. Louis, Missouri

Ann Tritak, BS, MS, EdD

Dean of Nursing
School of Nursing
Saint Peters College
Jersey City, New Jersey

Janis Waite, RN, MSN, EdD

Professor of Nursing
Saint Francis Medical Center College of Nursing
Peoria, Illinois

Jill Weberski, RN, MSN, PCCN, CNS

Instructor
Saint Francis Medical Center College of Nursing
Peoria, Illinois

Mary Ann Wehmer, RN, MSN, CNOR

Nursing Faculty
College of Nursing and Health Professions
University of Southern Indiana
Evansville, Indiana

Joan Wentz, RN, MSN

(Retired) Assistant Professor of Nursing
Goldfarb School of Nursing at Barnes-Jewish College
St. Louis, Missouri

Katherine West, BSN, MSEd, CIC

Infection Control Consultant
Infection Control/Emerging Concepts, Inc.
Manassas, Virginia

Rita Wunderlich, RN, MSN(R), PhD

Chair, Baccalaureate Nursing Program
St. Louis University School of Nursing
St. Louis, Missouri

Valerie Yancey, RN, PhD

Associate Professor
Southern Illinois University
Edwardsville, Illinois

Revisores

JoAnn Acierno, RN, BSN

Assistant Professor
Clarkson College
Omaha, Nebraska

Marianne Adam, RN, MSN, CRNP

Assistant Professor
Moravian College
Bethlehem, Pennsylvania

Joni Adams, RN, BSN, MSN

Assistant Professor
Ivy Tech Community College of Indiana
Evansville, Indiana

Pamela Adamshick, BSN, MSN, PhD(c), APRN-BC

Assistant Professor of Nursing
St. Luke's School of Nursing at Moravian College
Bethlehem, Pennsylvania

Rebecca L. Alexander, RN, MN

Nursing Faculty
Florence-Darlington Technical College
Florence, South Carolina

Colleen Andreoni, APRN, BC-NP

Certified Nurse Practitioner
Rife & Associates Family Medicine
Orland Park, Illinois

Suzanne L. Bailey, BC, MSN, APRN

Associate Professor
University of Evansville
Evansville, Indiana

Martha C. Baker, RN, PhD, APRN-BC

Director, Bachelor of Science in Nursing Program
Southwest Baptist University
Springfield, Missouri

Doris Bartlett, RN, MS

Adjunct Faculty
Bethel College
Mishawaka, Indiana

Julie Baylor, PhD, RN

Assistant Professor
Bradley University
Peoria, Illinois

Terry Bichsel, RN, BSN

Practical Nursing Coordinator
Moberly Area Community College
Moberly, Missouri

Joanne Bonesteel, RN, MSN

Nursing Faculty
Excelsior College School of Nursing
Albany, New York

Therese M. Bower, EdD, MSN, RN, CNS, CNE

Nursing Instructor
Firelands Regional Medical Center School of Nursing
Sandusky, Ohio

Sally B. Boyster, RN-C, MS, CNE-NLN

Professor of Nursing Science
Rose State College
Midwest City, Oklahoma

Jeanie Burt, RN, MSN, MA

Assistant Professor
Harding University College of Nursing
Searcy, Arkansas

Nathania Bush, RN MSN

Assistant Professor of Nursing
Morehead State University
Morehead, Kentucky

Darlene Nebel Cantu, RNC, MSN, BSN

Faculty
San Antonio College
San Antonio, Texas
Online Faculty
University of Phoenix

Susan Carlson, RN, MS, APRN, BC, NPP

Assistant Professor
Monroe Community College
Rochester, New York

Linda M. Cason, MSN, RN, CCRN, CNRN, BC

Adjunct Faculty
University of Evansville
Evansville, Indiana

Shari L. Clarke, APRN, MSN

Family Nurse Practitioner
Kennesaw State University
Kennesaw, Georgia

Kim Clevenger, RN,C, MSN

Assistant Professor of Nursing
Morehead State University
Morehead, Kentucky

Suzanne M. Costello, RN, BSN, MSN

Professional Nurse Educator
Educational Specialist—Allied Health Education
Jameson Hospital School of Nursing
New Castle, Pennsylvania

Carol DeBlois, RN, BSN, MA, CNOR

Director
Bridgeport Hospital School of Nursing
Bridgeport, Connecticut

Lynn M. Derickson, APRN, P/MH, MS

Instructor of Nursing
Wor-Wic Community College
Salisbury, Maryland

Susan Droske, RN, MN, CPNP

Professor, Health Occupations Department
Texarkana College
Texarkana, Texas

Catherine Eddy, RN, MSN

Director/Assistant Professor of Nursing
University of South Dakota—Rapid City Campus
Rapid City, South Dakota

Sandra Baran Englert, MSN, RN

Assistant Professor
D'Youville College
Buffalo, New York

Susan Erue, RN, BSN, MS, PhDc, Ed

Associate Professor and Chair Division of Nursing
Iowa Wesleyan College
Mt. Pleasant, Iowa

Linda Fluharty, BSN, MSN, RNC

Associate Professor
Ivy Tech Community College of Indiana
Indianapolis, Indianapolis

Patricia Freed, RN, EdD, EINEC

Associate Professor
Saint Louis University
St. Louis, Missouri

Margaret Freel, RN, MSN, CNRN, APN/CS

Professor Emerita
Niehoff School of Nursing Loyola University of Chicago
Chicago, Illinois

John P. Harper, RN, MSN, BC

QM & I Reviewer, Clinical Instructor
Taylor Hospital
Ridley Park, Pennsylvania

Monica Hentemann, RN, BSN, OCN

Oncology Nursing Department
Spectrum Health
Grand Rapids, Michigan

Janice Hoffman, RN, PhD

Faculty
John Hopkins School of Nursing
Baltimore, Maryland

Phyllis Howard, RN, BSN

Practical Nursing Program Coordinator
Ashland Community & Technical College
Ashland, Kentucky

Susie Huyer, RN, MSN, CHPN

Hospice Administrator
Heartland Hospice
Fairfax, Virginia

Penny Killian, RN, MSN, PNP

Assistant Professor
College of Nursing & Health Professions
Drexel University
Philadelphia, Pennsylvania

Linda L. Kerby, RN-C-R, BSN, MA, BA

Educational Consultant
Mastery Educational Consultants
Leawood, Kansas

Robin Lockhart, RN, MSN

Assistant Professor
Midwestern State University
Wichita Falls, Texas

Laura Logan, CNS, MSN, RN

Faculty for School of Nursing
Stephen F. Austin State University
Nacogdoches, Texas

Rosemary Macy, BS, MS, PhD

Associate Professor
Boise State University
Boise, Idaho

Rosanna Marker-Faour, MSN, BSN, CSN

Nursing Instructor
Coastal Education Institute
Carnegie, Pennsylvania

B. Gail Marshall, RN, BSN, MSN

Associate Professor
Luzerne County Community College
Nanticoke, Pennsylvania

Barbara Maxwell, BSN, MS, MSN, CNS

Associate Professor of Nursing
SUNY Ulster Department of Nursing
Stone Ridge, New York

Patricia C. McCahan, MSN, RN

Nursing Faculty
Cabarrus College of Health Sciences
Concord, North Carolina

Tammy McConnell, MSN, RN, APRN-BC (FNP)

Admissions and Progression Coordinator, Clinical Coordinator,
Nursing Instructor
Greenville Technical College
Greenville, South Carolina

Linda J. Minyard, RN, BSN, MN, CPR

Nursing Department
Glendale Community College
Glendale, Arizona

Claudia Mitchell, RN, MSN

Associate Director BSN Program-Clermont
University of Cincinnati College of Nursing
Cincinnati, Ohio

Susan A. Moore, PhD, RN

Assistant Professor
University of Memphis
Memphis, Tennessee

Bernadette O'Halloran, RN, MSN

Clinical Instructor
University of Connecticut
Storrs, Connecticut
Nangatuck Valley Community College
Waterbury, Connecticut

Wendy Petro, RN, BSN, MPH

Registered Nurse
Sentara Home Health and Hospice
Chesapeake, Virginia

Beth Hogan-Quigley, RN, MSN, CRNP

Associate Course Director
University of Pennsylvania School of Nursing
Philadelphia, Pennsylvania

Cherie Rebar, RN, MSN, MBA, FNP-S, ND

Assistant Professor of Nursing
Kettering College of Medical Arts
Kettering, Ohio

Anita K. Reed, RN, MSN

Instructor of Nursing
St. Elizabeth School of Nursing
Lafayette, Indiana

Kathleen Rizzo, RN, MSN

Assistant Professor of Nursing
St. Louis Community College–Forest Park
St. Louis, Missouri

Diane Saleska, RN, MSN

Assistant Clinical Professor
Coordinator Nursing Skills Center
College of Nursing
University of Missouri–St. Louis
St. Louis, Missouri

Susan Scholtz, RN, BSN, DNSc

Associate Professor of Nursing
Moravian College
Associate Professor of Nursing
Bethlehem, Pennsylvania

Ruth E. Schumacher, BSN, MSN

Nursing Instructor
University of Illinois at Chicago
Chicago, Illinois

Katie Selle, RN, C, MA

Associate Professor of Nursing
Clarke College
Dubuque, Iowa

Gale Sewell, RN, MSN, CNE

Assistant Professor of Nursing
Indiana Wesleyan University
Marion, Illinois

Ruth A. Shearer, RN, MS, MSN

Associate Professor of Nursing
Bethel College
Mishawaka, Indiana

Patti C. Simmons, RN, MN, CHPN

Assistant Professor of Nursing
North Georgia College and State University
Dahlonega, Georgia

Fernisa Sison, RN, MSN, FNP-BC

Instructor—Family Nurse Practitioner
San Joaquin Delta College
Stockton, California

Mary W. Surman, BSN, RN, CWOCN

Certified Wound, Ostomy, Incontinence Nurse
Our Lady of the Lake Regional Medical Center
Baton Rouge, Louisiana

**Marianne Fasano Swihart, RN, MEd, MSN, CRNI, CETN,
PCCN**

Assistant Director of Nursing
Pasco-Hernando Community College
New Port Richey, Florida

Tracy Szirony, RNC, PhD, CHPN

Associate Professor of Nursing
College of Nursing
University of Toledo
Toledo, Ohio

Rowena Tessman, APRN, PhD

V.P. of Medical Services
Sweetser
Saco, Maine

Scott C. Thigpen RN, MSN, CCRN, CEN

Assistant Professor of Nursing
South Georgia College
Douglas, Georgia

Donna L. Thompson, MSN, CRNP, CCCN

Assistant Professor
Neumann College
Aston, Pennsylvania
Continence Specialist
Fair Acres Geriatric Center
Lima, Pennsylvania

Linda Turchin, RN, MSN

Assistant Professor of Nursing
Fairmont State University
Fairmont, West Virginia

Lynda Frances Turner, RN, BC, EdD, MSN

Associate Professor
Marshall University School of Nursing
Huntington, West Virginia

Josie Veal, MSN, RN, APRN-BC

Family Nurse Practitioner and Nurse Educator
Milwaukee Area Technical College
Milwaukee, Wisconsin

Michelle Hand Villegas, RN, MSN

Assistant Professor
Midwestern State University School of Nursing
Wichita Falls, Texas

Sandra L. Walker, PhD, RN

ADN Instructor and Program Coordinator
Southwest Georgia Technical College
Thomasville, Georgia

Kim Webb, MN, RN

Nursing Chair
Northern Oklahoma College
Tonkawa, Oklahoma

Eileen Bagatti Whitwam, MSN, ARNP

Professor of Nursing
Daytona Beach Community College
Daytona Beach, Florida

Laura B. Williams, MSN, CRNP

Retired Nursing Faculty
University of Alabama at Birmingham School of Nursing
Birmingham, Alabama

Ginia Wilson, RN, MS

Professor of Nursing
Rose State College
Midwest City, Oklahoma

Rosemary H. Wittstadt, RN, EdD

Assistant Professor of Nursing
Towson University
Towson, Maryland

Janice Womack, RN

Associate Nurse Executive
Northwest Georgia Regional Hospital
Rome, Georgia

Toni C. Wortham, RN, BSN, MSN

Professor
Madisonville Community College
Madisonville, Kentucky

Jeanne Zack, RN, PhD(c), CIC

Manager Infection Prevention and Control
Missouri Baptist Medical Center
St. Louis, Missouri

Colaboradores das Edições Anteriores

Jeanette Adams, APRN, MSN, PhD, CRNI

Nursing Consultant
Coconut Grove, Florida

Myra. A. Aud, RN, PhD

Assistant Professor
Sinclair School of Nursing
University of Missouri–Columbia
Columbia, Missouri

Marjorie Baier, PhD, APRN, BC

Associate Professor
School of Nursing
Southern Illinois University
Edwardsville, Illinois

Janice Boundy, RN, PhD

Professor, Director of Graduate Program
Saint Francis College of Nursing
Peoria, Illinois

Anna Brock, BSN, MSN, PhD, MEd

Professor
College of Nursing
University of Southern Mississippi
Hattiesburg, Mississippi

Pamela L. Cherry, RN, BSN, MSN, DNSc

Associate Professor of Nursing
Humboldt State University
Arcata, California

Janice C. Colwell, RN, MS, CWOCN

Clinical Nurse Specialist, Wound, Ostomy & Skin Care
University of Chicago Hospitals
Chicago, Illinois

Eileen Costantinou, RN, MSN

Professional Practice Consultant
Barnes-Jewish Hospital
St. Louis, Missouri

Christine Durbin, RN, MSN, JD, PhDc

Instructor, School of Nursing
Southern Illinois University
Edwardsville, Illinois

Margaret Ecker, RN, MS, PNP

Director of Education
Saint John's Health Center
Santa Monica, California

Martha Keene Elkin, RN, MS, IBCLC

Nursing Educator for Associate Degree Nursing
Private Practice Lactation Consultant
Mother Care of Maine
Sumner, Maine

Susan Jane Fetzer, RN, BA, BSN, MSN, MBA, PhD

Associate Professor
University New Hampshire
Durham, New Hampshire

Victoria N. Folse, APRN, PhD, CS, LCPC

Assistant Professor
Illinois Wesleyan University
Bloomington, Illinois

Leah W. Frederick, RN, MS, CIC

Infection Control Consultant
Infection Control Consultants
Scottsdale, Arizona

Amy Hall, RN, BSN, MS, PhD

Associate Professor

Saint Francis Medical Center College of Nursing

Peoria, Illinois

Mimi Hirshberg, RN, MSN

Clinical Assistant Professor

Barnes College of Nursing and Health Studies

University of Missouri-St. Louis

St. Louis, Missouri

IV Therapist

Vascular Access Service

Barnes-Jewish Hospital

St. Louis, Missouri

Steve Kilkus, RN, MSN

Nursing Faculty

Edgewood College

Madison, Wisconsin

Judith Ann Kilpatrick, RN, DNSc

Assistant Professor

Widener University School of Nursing

Chester, Pennsylvania

Kristine M. L'Ecuyer, RN, MSN, CCNS

Adjunct Assistant Professor

Saint Louis University School of Nursing

St. Louis, Missouri

Annette G. Lueckenotte, RN, MS, BC, GNP, GCNS

Gerontologic Nurse Practitioner & Educator

Barnes-Jewish West County Hospital

St. Louis, Missouri

Joyce Larson, RN, MS, PhD

President, Founder Culture and Counts

Adjunct Hillsborough Community College

Tampa, Florida

Ruth Ludwick, BSN, MSN, PhD, RNC

Professor

Kent State University, College of Nursing

Kent, Ohio

Elaine K. Neel, BSN, MSN

Nursing Instructor

Graham Hospital School of Nursing

Canton, Illinois

Dula Pacquiao, BSN, MA, EdD

Professor, Director of Transcultural Nursing Institute and

Coordinator of Graduate Program

Kean University

Union, New Jersey

Nancy C. Panthofer, RN, MSN

Lecturer

Kent State University College of Nursing

Kent, Ohio

Elaine U. Polan, RNC, BSN, MS

Nursing Program Supervisor

Vocational Education & Extension Board Practical Nursing

Program

Uniondale, New York

Patsy L. Ruchala, RN, DNSc

Associate Director for Graduate Nursing Programs

Georgia State University, Byrdine F. Lewis School of Nursing

Atlanta, Georgia

Debbie Sanazaro, RN, MSN, GNP

Assistant Professor

St. Louis University School of Nursing

St. Louis, Missouri

Marilyn Schallom, RN, MSN, CCRN, CCNS

Clinical Nurse Specialist

Surgical Critical Care

Barnes-Jewish Hospital

St. Louis, Missouri

Patricia A. Stockert, RN, BSN, MS, PhD

Associate Professor, Coordinator

Saint Francis Medical Center College of Nursing

Peoria, Illinois

Marshelle Thobaben, RN, MS, PHN, APNP, FNP

Chair and Professor

Humboldt State University

Arcata, California

Pamela Becker Weilitz, RN, MSN(R), BC, ANP, M-SCNS

Adult Nurse Practitioner

Private Practice

St. Louis, Missouri

Joan Domigan Wentz, BSN, MSN

Assistant Professor (Retired)

Jewish Hospital College of Nursing and Allied Health

St. Louis, Missouri

Rita Wunderlich, BSN, MSN(r), PhD

Assistant Professor, Med/Surg Nursing

St. Louis University

St. Louis, Missouri

Este livro é dedicado a William N. Potter e Grace L. Potter.
Eles me cercaram de amor e me inspiraram com fortes princípios éticos no trabalho.
Estarão para sempre no meu coração.
PATRICIA A. POTTER

Este livro é dedicado a todos os enfermeiros. Aos que estão à beira do leito e aos que
são educadores, pesquisadores e administradores. Aos que conseguem certificação em
suas áreas de especialização. A enfermagem não seria o que é se não fosse pelo
trabalho conjunto de todos nós.

Este livro é dedicado também a uma velha amiga maravilhosa e minha coautora,
Dra. Patricia A. Potter.
ANNE G. PERRY

Agradecimentos

- Gostaríamos de agradecer a Suzi Epstein, Editora Executiva, por sua visão, organização, criatividade e apoio para desenvolver um texto que oferece uma abordagem moderna e atual à estrutura, à organização e à apresentação do *Fundamentos de Enfermagem*. Sua competência como editora nos permite ser inovadores; sua edição competente e sensata dedicou atenção detalhada no planejamento de um texto tão abrangente.
- Lynda Huenefeld e Robyn Brinks, Editores de Desenvolvimento, cujas competências de organização e atenção aos detalhes são as melhores na área. Sua paciência e gentileza permearam as relações com o manuscrito, autores e prazos, ao mesmo tempo em que mantinham uma calma e um senso de humor maravilhosos.
- Amy Hall e Patricia Stockert, editores de seção, cujos talentos ajudaram a levar adiante este livro. Sua atenção aos detalhes, o conhecimento da literatura de enfermagem e o compromisso com a excelência foram componentes fundamentais deste livro desde o planejamento até a publicação. Amy e Patti, obrigada pela parceria maravilhosa.
- Beth Hayes, Gerente de Projeto, uma editora de produção bem-sucedida. Beth lida com os múltiplos aspectos do livro ao mesmo tempo em que mantém livro e autores dentro do prazo. Ela é talentosa e calma sob pressão e, com seu senso de humor e seu comprometimento com a excelência, levou este livro até o fim.
- Tricia Kinman, especialista em leitura, cujo conhecimento e competências em edição nos ajudaram a criar um texto informativo e mantendo um nível de leitura consistente aos nossos estudantes.
- Mike Defilippo, de St. Louis, Missouri, por suas excelentes fotografias.
- Ao pessoal do Deaconess Gateway Hospital de Newburg, Indiana, por sua assistência com as fotografias, ajudando a dar vida ao livro.
- Ao Graphics World Illustration Studio, pela experiência em computação que proporcionou ilustrações claras e detalhadas que aprimoraram e complementam o livro.

Prefácio ao Estudante

Fundamentos de Enfermagem proporciona todos os conceitos e técnicas necessários em seu início de carreira de maneira visualmente atraente e em formato fácil de usar. Sabemos como você é ocupado e como o seu tempo é precioso. No início de sua educação em enfermagem, é muito importante que você tenha um recurso que inclua todas as informações necessárias para que esteja preparado para conferências, atividades em sala de aula, trabalhos clínicos e exames – nada além disso. Elaboramos este livro para atender a todas as suas necessidades. Ele foi feito para ajudá-lo a ter sucesso nesse curso e prepará-lo para estudos mais avançados. Além do estilo de fácil leitura e da abundância de fotografias e desenhos coloridos, incorporamos uma série de recursos para ajudá-lo a estudar e aprender.

Confira os recursos auxiliares de aprendizagem do *Fundamentos de Enfermagem*.

38 Segurança do Cliente

OBJETIVOS

- O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:
- Discutir como o nível atendimento das necessidades fisiológicas básicas de enxugado, nutrição, temperatura e remédios ameaça a segurança do cliente.
 - Discutir o propósito das Metas Nacionais de Segurança do Cliente.
 - Discutir os riscos específicos da segurança relacionados com a idade do desenvolvimento.
 - Identificar fatores para avaliar quando se torna necessário monitorar fisicamente um cliente.
 - Discutir as quatro categorias de risco em uma instituição de cuidados de saúde.

Os **Objetivos** no início de cada capítulo ajudam a enfatizar as informações mais importantes que virão em seguida.

- Descrever as atividades de avaliação destinadas a identificar o estado físico, psicomotor e cognitivo do cliente no que isso se relacione com o estudo da segurança.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem associados a riscos para a segurança.
- Descrever planos de cuidado para o cliente cuja segurança esteja ameaçada.
- Descrever as intervenções específicas de enfermagem para a idade do cliente para reduzir os riscos de quedas, incêndios, envenenamento e acidentes clínicos.
- Descrever os métodos para avaliar as intervenções designadas para manter ou promover a segurança.

TERMOS-CHAVE

Ambiente, p. 812.	Inovações alimentares, p. 812
Amolede, p. 839	Monsídio de carbono, p. 812
Ano, p. 817	Parigene, p. 813
Bed-check, p. 839	Poluento, p. 814
Bioterápico, p. 814	Poluição da água, p. 814
Contaminação, p. 832	Poluição da terra, p. 814
Cataválito, p. 817	Poluição do ar, p. 814
Estado epiléptico, p. 845	Poluição sonora, p. 814
Food and Drug Administration (FDA), p. 812	Princípios contra controles, p. 841
Hipotermia, p. 812	Unidade relativa, p. 812
Imunização, p. 813	Veneno, p. 841

Os **Termos-chave** estão listados no início de cada capítulo em negrito e definidos no texto. Os números das páginas ajudam a localizar rapidamente o termo.

TABELA 38-2 Intervenções para Promover Segurança para Crianças e Adolescentes — Continuação	
Intervenção: Adolescentes Encoraje a participação em aulas para educação de motoristas. Dê informações sobre os efeitos do uso de álcool e de drogas. Promova a educação sexual, enfatizando as políticas de sexo seguro, incluindo a abstinência. Encamine os adolescentes para atividades patrocinadas pela comunidade e pela escola. Encourage o relacionamento entre mentores adulto e os adolescentes. Envie a eles o uso seguro da Internet.	Justificativa: Muitas lesões neste grupo etário estão relacionadas com acidentes com veículos automotores. Os adolescentes estão propensos a assumir comportamentos de risco e estão sujeitos à pressão dos amigos. Muitos adolescentes começam relações sexuais. A gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis às vezes são o resultado. Os adolescentes precisam se socializar com seus pares, embora precisem ainda de alguma supervisão. Os adolescentes precisam de modelos que possam usar como padrão para seu comportamento. Existe o uso excessivo e a possível exposição a locais impróprios na web.

Modificado de Hockenberry MJ, Wilson D: *Nursing of Infants and Children*, ed 8, St. Louis, 2009, Mosby.

Os quadros Foco em **Idosos** preparam você para lidar com as necessidades especiais dos idosos.

QUADRO 38-8

Alterações Fisiológicas do Envelhecimento e Seu Impacto na Segurança do Cliente

- Os idosos experimentam alterações na visão e na audição. Encoraje os exames anuais da vista e da audição e a limpeza frequente dos dacitos e dos aparelhos auditivos, assim como uma maneira de evitar quedas e quedadeiras.
- Alguns idosos apresentam um tempo de reação lento. Encorre os clientes dicas de segurança para evitar acidentes automobilísticos. Às vezes, o dirigir pode que exige reter o horário diurno ou tem que estar suspenso.
- A amplitude de movimento, a flexibilidade e a força diminuem. Encourage aulas de exercícios supervisionados para os idosos e encoraje a buscar ajuda com as tarefas domésticas, se necessário. Medidas de segurança, como barras de suporte no banheiro, são frequentemente necessárias.
- Os reflexos estão mais lentos e a capacidade de responder a múltiplos estímulos está reduzida. Ofereça estímulos significativos adequados, porém evite a subexposição sensitiva.
- A memória e a concentração são mais freqüentes nos idosos. Instigue um horário regular de isolamento para o cliente. A higiene é recomendada à cada 3 horas. Ofereça diuréticos pela manhã. Ofereça assista, juntamente com iluminação adequada, para os clientes que precisam ir ao banheiro à noite.
- A memória está às vezes comprometida. Os clientes precisam usar organizações de medicamentos, que podem ser compradas em qualquer drogaria por um custo bem

razonável. Esses dispensadores podem ser prescritos uma vez por semana com as medicações apropriadas, para serem tomadas em um momento específico durante o dia.

- A família desempenha um papel significativo nos cuidados com o idoso. Um em cinco prestadores de cuidados relatou prestar mais de 40 horas de cuidados por semana (National Alliance for Caregiving, Association for the Advancement of Retired Persons, 2004). Encoraje a família a perceber que o idoso permanece independente o quanto possível e ofereça ajuda apenas para aquelas tarefas que sejam especialmente desafiadoras ou desgastantes.
- A alta prevalência de doenças crônicas nos idosos resulta no uso de um alto número de medicamentos prescritos e sem prescrição. Associado às alterações na farmacocinética ligadas à idade, há um maior risco de efeitos adversos sérios. As medicações tipicamente prescritas para os idosos incluem anti-inflamatórios, diuréticos, agentes ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, vasodilatadores, analgésicos e laxantes, todos podendo representar riscos. Por si mesmos ou interagindo para aumentar o risco de quedas. Revise o perfil de fármacos do cliente para certeza de que qualquer um dos fármacos destacados no cliente seja usado cautelosamente, e avale a regularidade deles.



completar a enfermagem preventiva (Cap. 12). O profissional da família que só capta a geração em comum mesmo a longo prazo, com a idade e os costumes de vida.

Os quadros **Aspectos Culturais do Cuidado** preparam você para cuidar de clientes de populações diversas.

828 Unidade VII Necessidades Humanas Básicas

ASSESSORAMENTO CULTURAL

QUADRO 38-7

Ambiente dos Cuidados

Os fatores culturais que afetam a saúde e a segurança incluem o espaço pessoal, as organizações sociais, a comunicação e o ambiente ambiental. Enquanto constituem uma avaliação dominante das razões para a segurança, as enfermeiras precisam se conscientizar de que entendem no território do cliente e de que a atitude do cliente em relação à sua resiliência e aos seus pertences tem de ser considerada. Por exemplo, clientes de Europa Oriental e das Ilhas Havaianas podem ser consideravelmente avispados e distantes em termos de espaço. Ao contrário, é difícil para eles terem estreito com sua casa suspeita alterações quanto aos seus pertences pessoais para reduzir os riscos físicos. É particularmente difícil determinar a atitude de um cliente em relação ao seu ambiente doméstico quando o cliente fala outra língua.

O cliente responde culturalmente à sentido de cliente de controle ambiental. Tema clínico das crenças e práticas de saúde que vão afetar o desfecho das intervenções. Por exemplo, mantenha na família e nas organizações religiosas e não religiosas comunitárias, afetando positivamente a atitude do cliente às intervenções e sugestões de enfermagem.

Enfermeiras e prestadores de cuidados com as culturas precisam aprender a ser tolerantes quando estiverem fazendo perguntas e mostrando respeito pelas diferenças culturais. A adaptação a diferentes crenças e práticas culturais exige flexibilidade e respeito pelos pontos de vista dos outros. O respeito pelas crenças dos outros e os valores destas pessoas no bem-estar do cliente são criticamente importantes para um cuidado competente. As enfermeiras precisam ter a capacidade e o conhecimento para se comunicar e para entender os comportamentos de saúde influenciados pela cultura.

Implicações para a Prática

- A resistência à modificação de hábitos antigos interfere na aceitação do grupo cultural das práticas de prevenção das lesões. Incluir membros da família que têm uma influência forte, como o homem dominante ou a mulher líder, quando oferecer educação sobre segurança.
- Avale o uso de remédios ou alimentos éticos tradicionais que contenham chumbo porque eles aumentam o risco do cliente de envenenamento pelo chumbo.
- Viver em áreas rurais e em casa manutidas costela o cliente em maior risco para lesões e morte relacionadas a incêndios. Reforce a importância de ter detectores de fumaça e extintores multipropósito de incêndio em boas condições de funcionamento.
- Avale os hábitos de tabagismo e de beber do cliente. Manter por incêndios residenciais são frequentemente utilizadas as uso de cigarros e de álcool.
- Os clientes que vivem na poeira e têm baixos níveis educacionais carregam maior risco de lesão e de infecção. Ajude o cliente e a família a identificar recursos comunitários, como conselhos ou clínicas de atendimentos de saúde locais.
- Buena círculo dos paisões familiares e de apoio o cliente e a família interagem entre si. Famílias disfuncionais e frácas entre os genitais aumentam a visão de risco do cliente devido ao caos de comportamento violento.



Modificado de Giger NA, Davidhizar LE: *The Giger and Davidhizar Functional Assessment Model*, 3. ed., St. Louis, 2008, Mosby.

Estabelecendo as Prioridades. Você prioriza as intervenções de enfermagem para oferecer cuidados seguros e eficientes. Por exemplo, a cliente descreve no mapa conceitual (Fig. 38-6) apresenta vários diagnósticos de enfermagem. O problema da mobilidade do cliente é uma possibilidade clara por causa da influência na integridade da pele e no risco de quedas. Planeje intervenções individualizadas com base na gravidade dos fatores de risco e no nível do desenvolvimento, nível de maturidade, nível de vida e cultura do cliente (Quadro 38-7). O planejamento envolve uma compreensão da necessidade do cliente de manter-se independente dentro das capacidades físicas e cognitivas. Continue para estabelecer metas de maturidade e auxiliando atos de cliente com o ambiente doméstico e com os cuidados com a saúde. A educação do cliente e da família é também uma intervenção importante para reduzir os riscos de segurança em longo prazo.

Cuidados Colaborativos. Os clientes passam a aprender como identificar e solucionar riscos dentro de sua comunidade para melhorar a segurança (p. ex., políticas de segurança da bateria, departamentos locais de polícia e o desejo das virtudes de chegar a bem-estar do cliente). A colaboração com o cliente e com a família e com outras disciplinas, como serviço social e terapia ocupacional, é essencial.

Implementação

Você orienta as intervenções da enfermagem no sentido de manter a segurança do cliente em todos os tipos de ambientes. As medidas de enfermagem para afirmar um ambiente organizacional e promovê-lo são: as intervenções no desenvolvimento e as intervenções ambientais.

Promoção da Saúde. Para promover a saúde de um indivíduo, é necessário que ele encontre em um ambiente seguro e que pratique uma rotina de vida que melhore a saúde e ajude a manter a promoção da saúde. Edelman e Mandel (2006) descobriram estratégias passivas e ativas que ajuda a saúde pública e as intervenções legislativas governamentais atraem alta adesão e baixa resistência. As intervenções ambientais envolvem ações de alterações no estilo de vida (p. ex., usando cintos de segurança ou instalando classificação reversa e participação nos programas de bem-estar).

As enfermeiras participam quando a legislação e regulamentação envolvem a comunidade. Como os valores ambientais e comunitários têm a maior influência na promoção da saúde, as enfermeiras comunitárias e de saúde doméstica são capazes de analisar e avaliar os riscos para a saúde da comunidade e sugerir soluções.



Figura 28-4 Mapa conceptual para um cliente que está acometido por um diagnóstico de enfermagem e se encontra no 2º dia de pós-operatório.

Os **Mapas Conceituais** mostram a associação entre múltiplos diagnósticos de enfermagem para um cliente com um determinado diagnóstico clínico, e a relação entre as intervenções de enfermagem.

Os quadros **Questões de Avaliação de Enfermagem** ensinam como fazer perguntas de avaliação corretamente ao entrevistar os clientes.

Planejamento

Discute os planejamentos, alternativas e múltiplos fatores (Fig. 28-5). O planejamento para o cliente mostra tudo o que ocorre no ambiente clínico, desde a presença enfermeira até a presença de outros profissionais de saúde. Tudo isso serve para que o cliente saiba se beneficiará de intervenções de risco baixo e obterá um novo cliente, permanecerá sob risco, terá outras alternativas e, se mais do que isso, poderá ter modificações no ambiente clínico.

QUESTÃO 28-1 QUESTÕES DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Atividade e Exercício

- Você tem alguma história de acidente, como cair de cama, cair da cadeira ou escadas, cair devido a malcoordenação entre os sistemas de seu corpo?
- Você tem alguma história de cair ou de cair no chão?
- Qual tipo de ambiente é o ambiente (físico) que você passa ao longo do dia?
- Qual é sua preferência para ir ao banheiro?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?
- Você tem alguma doença que pode causar quedas?

História Médica

- Qual medicamento você toma?
- Sua medicação é farmacêutica recente ou não?
- Algumas medicinas devem ser tomadas ao canto ou colocações?
- Devem ser tomados?
- Qual medicina faz bem?
- Sua medicação é farmacêutica recente ou não?
- Algumas medicinas devem ser tomadas ao canto ou colocações?

História de Questões

- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?
- Você já teve alguma vez alguma crise no seu trabalho?

Manutenção e Segurança de Caso

- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?
- Quem é a autoridade competente da casa ou escritório?

O diagrama mostra o modelo de pensamento crítico dividido em quatro etapas:

- Coleta de Dados:**
 - Identifique ameaças ou riscos e prepare lista para a segurança do cliente
 - Determine o impacto da segurança do cliente
 - Identifique a presença de riscos para o estresse do desenvolvimento do cliente e para o bem-estar do cliente
 - Determine o impacto da influência do meio ambiente na segurança do cliente
- Padres:**
 - Aplicar questionários comuns existentes e adaptá-los para o ambiente de enfermagem
 - Aplicar os questionários de prática de enfermagem da política da instituição (ex.: prevenção de infecções de saúde)
 - Aplicar os questionários de segurança de fábrica para os clientes
- Atitudes:**
 - Identificar preconceitos e preconceitos para identificar riscos de segurança para a segurança
 - Fazer respostas possíveis para o cliente de maneira direta e honesta com relação ao seu ambiente de segurança
 - Resposta descriptiva na comunicação de uma multidão de riscos ambientais dentro do cliente

Figura 28-5: Modelo de pensamento crítico para coleta de dados de segurança.

O **Modelo de Pensamento Crítico** mostra claramente os componentes do pensamento crítico a serem aplicados durante as etapas do processo de enfermagem para que você proporcione o melhor cuidado a seus clientes.

O Processo de Enfermagem em cinco etapas proporciona uma estrutura consistente de apresentação do conteúdo em capítulos clínicos.

O diagrama mostra o processo de enfermagem dividido em cinco etapas:

- Detecção:**
 - Qual é o problema?
 - Qual é a necessidade de assistência?
 - Qual é a causa?
 - Qual é a solução?
- Diagnóstico:**
 - Qual é o problema?
 - Qual é a necessidade de assistência?
 - Qual é a causa?
 - Qual é a solução?
- Plano:**
 - Qual é o problema?
 - Qual é a necessidade de assistência?
 - Qual é a causa?
 - Qual é a solução?
- Implementação:**
 - Qual é o problema?
 - Qual é a necessidade de assistência?
 - Qual é a causa?
 - Qual é a solução?
- Evaluación:**
 - Qual é o problema?
 - Qual é a necessidade de assistência?
 - Qual é a causa?
 - Qual é a solução?

A Segurança e o Processo de Enfermagem

Coleta de Dados

Para fazer uma coleta de dados eficiente e eficaz, é necessário seguir a seguinte sequência:

- Coletar informações sobre o cliente (ex.: nome, endereço, telefone, idade, gênero, raça, etnia, nível de educação, nível socioeconômico).
- Coletar informações sobre a enfermagem (ex.: nível de educação, nível socioeconômico, nível de experiência).
- Coletar informações sobre a enfermagem (ex.: nível de educação, nível socioeconômico, nível de experiência).
- Coletar informações sobre a enfermagem (ex.: nível de educação, nível socioeconômico, nível de experiência).
- Coletar informações sobre a enfermagem (ex.: nível de educação, nível socioeconômico, nível de experiência).

História da Enfermagem: Uma história da enfermagem inclui detalhes a respeito da saúde e do cliente para determinar se existem condições que podem contribuir a segurança. Por exemplo, de acordo com a avaliação da enfermagem, uma paciente pode estar suscetível a infecções de vírus e bactérias e, portanto, requerer a realização de testes de detecção de vírus. Outro exemplo é a paciente com diabetes que deve ser monitorada a todos os momentos para evitar complicações.

As Considerações sobre Delegação orientam a delegação de práticas aos profissionais de apoio da enfermagem.

Os Pontos de Decisão Crítica alertam quanto às etapas críticas em uma prática a fim de garantir o cuidado efetivo dos clientes.

As **Habilidades de Enfermagem** estão apresentadas em um formato claro em duas colunas, incluindo Etapas e Fundamentos para aprender *como* e *por que* uma prática é feita.

834 Unidade VII Necessidades Humanas Básicas

HABILIDADE 18-1	APLICANDO AS CONTENÇÕES
<p>Considerações sobre Delegação A habilidade de aplicar contenções pode ser delegada; Entretanto, a enfermeira é sempre responsável pela avaliação das necessidades de segurança do cliente, seleção das alternativas apropriadas de intervenção, avaliação da efetividade da contenção e avaliação contínua para evitar complicações pelo uso das contenções. A enfermeira orienta o pessoal da equipe de enfermagem para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar à enfermeira qualquer verossimilhança, escorregamento ou rompimento da circulação sanguínea. <p>PASSOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avalie se o cliente precisa de uma contenção. O cliente tenta continuamente interromper um tratamento necessário? O cliente tenta repetidamente tentar desobedecer independentemente, criando um sério risco de lesão? 2. Analise o comportamento do cliente como confusão, desorientação, agitação, impulsividade, combatividade ou incapacidade de seguir orientações. Consulte uma enfermeira especialista em gerontologia, se disponível. 3. Revise a política da instituição com relação a contenções. Verifique a prescrição médica quanto à propriedade, tipo, localização e duração da contenção. Cheque a política da instituição para determinar se um consentimento é necessário para o uso de contenções. <p>Ponto de Decisão Crítica: Como as contenções limitam a capacidade do cliente de se mover livremente, a enfermeira tem de fazer julgamentos criticos apropriados à situação do cliente e à política da instituição. Se a enfermeira considera um cliente em uma situação de emergência por causa de comportamento violento ou autoagressivo que represente um perigo imediato, a avaliação face a face por um médico em 1 hora é necessária (CMS, 2004).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Revise as instruções do fabricante antes de entrar no quarto do cliente. Determine a tamanho mais apropriado para a contenção. 5. Junte o equipamento e faça a higiene das mãos ao entrar no quarto. 6. Apresente-se ao cliente e à família. Avalie sentimentos em relação ao uso de contenção. Explique que a contenção é temporária e tem por objetivo proteger o cliente de uma lesão. 7. Inspeccione a área de colocação da contenção. Avalie a condição da pele suficiente à área onde a contenção está. 8. Aproxime-se do cliente de maneira calma e constante. Explique o que você planeja fazer. 9. Ajuste o lençol na altura adequada, e utilize a grade do lado do lençol para o cliente. 10. Ofereça privacidade. Certifique-se de que o cliente esteja confortável e com o alinhamento corporal adequado. Use cortinas ou blindões se necessário. 11. Ajuste o aperto e as pressões/inchaços desnecessários antes de aplicar as contenções. 12. Aplique a contenção de tamanho apropriado, certifique-se de que ela não esteja sobre uma linha IV ou sobre outro aparelho (p. ex., shunt de dialis). <p>A. Contenção com cinto: Aparafuse que prende o cliente à cama na máscara. Afixe sobre as roupas ou avental. Use meia elástica da frente e de trás da cintura (do encaixe a cinta em volta da cintura do cliente. Coloque os prendedores pelos espaços no cinto. Enter colocar o cinto no fôrum ou muito apertado no abdômen (ver Ilustração).</p>	<p>AS HABILIDADES DE ENFERMAGEM</p> <p>As Habilidades de Enfermagem estão apresentadas em um formato claro em duas colunas, incluindo Etapas e Fundamentos para aprender <i>como</i> e <i>por que</i> uma prática é feita.</p> <p>APLICANDO AS CONTENÇÕES</p> <p>• Pedir ajuda se o cliente tiver alguma resistência da mobília ou que possa afetar como remover ou reaplicar uma contenção.</p> <p>• Testar a posição do cliente; proporcionar amplitude do movimento, cuidados com a pele, cuidados de higiene e orientações de socialização.</p> <p>MATERIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenção adequada: lata, cinta, extensível. • Ajustamento (se necessário). <p>JUSTIFICATIVA</p> <p>Use contenções apenas quando outras medidas falharam para evitar a interrupção de tratamentos comotrófico, infusões IV ou alimentação por tubo nasogástrico para evitar que um cliente confusa ou combativo se machigue ao cair da cama ou da cadeira de rodas; para evitar que um cliente remove um cateter urinário, direta cirúrgica ou equipamento de suporte à vida; e para reduzir o risco de lesão de tecidos pelo cliente. Se o comportamento do cliente continua a mesmo, a despeito das tentativas de eliminar a causa, o uso de contenção física será possivelmente necessário.</p> <p>O tipo menos restritivo de contenção deve ser prescrito.</p> <p>A enfermeira deve estar familiarizada com todos os aparelhos usados nos cuidados e na proteção do cliente. A aplicação incorreta de um aparelho de contenção resultará possivelmente em lesão ou morte do cliente.</p> <p>Promove a organização e reduz a transmissão de microrganismos.</p> <p>Ajuda a minimizar a ansiedade do cliente durante a aplicação do aperto e ajuda a minimizar a preocupação da família durante a manutenção da contenção.</p> <p>As contenções complementam e interferem com o funcionamento de aparelhos e de tubos. Oferece uma辅助ção básica das dades com relação à integridade da pele.</p> <p>Reduz a assistência do cliente e promove a compreensão.</p> <p>Promove à enfermeira usar a técnica corporal adequada e evitar lesões.</p> <p>A privacidade evita a queda da autoridade. O alinhamento corporal adequado promove o conforto, evita arranhões e lesões neuromusculares.</p> <p>O ajustamento reduz a fricção e a pressão na pele e no tecido subacente.</p> <p>As linhas IV e outros aparelhos terapêuticos têm veias são incluídas.</p> <p>Centra o centro de gravidade e evita que o cliente role para fora da cama ou sente na moça ou cair da cama. A aplicação apropriada interfere na ventilação.</p>

HABILIDADE 38-3

PRECAUÇÕES NAS CONVULSÕES—CONT.

PASSOS

6. Ofereça privacidade.
7. Se possível, vide o cliente de lado, com a cabeça ligeiramente flexionada para a frente.
8. Não contenha o cliente. Afrouxe as respostas.
9. Não coloque roupas alguma na boca do cliente, talvez cause dor, estufando a língua ou medicamento.

Ponto de Decisão Crítica: Colocar alguma coisa na boca do cliente resultará possivelmente em lesão da mandíbula, língua ou dentes e causará a estimulação do reflexo da vícima, causando violenta, inspiração e inibição respiratória.

10. Fique com o cliente, observando a sequência e o tempo da atividade convulsiva.

11. Depois que a convulsão atingir, explique o que aconteceu e responda às perguntas do cliente. Crie uma atmosfera de aceitação e respeito.

12. Depois da convulsão, faça a higiene das mãos e ajude o cliente a se posicionar confortavelmente na cama com as grades laterais acachinhas e elevadas e a cama na posição mais baixa. Coloque a língua de chanceta no cliente e ofereça um ambiente quieto e não estimulante.

Estado Epiléptico

13. Para um cliente em estado epiléptico, coloque tochas limpas e húmidas um protetor de vias aéreas quando a mandíbula estiver relaxada entre as atividades convulsivas. Mantenha o protetor de vias aéreas com a curva para cima; insira para baixo até que o protetor alcance a garganta, giro-a, estire, e siga a curvatura natural da língua. Não coloque os dedos nas proximidades ou no interior da boca do cliente.
14. Acesse oxigênio e equipamento de aspiração. Prepare-se para intervir IV.
15. Use travesseiros/acolchoamentos para proteger o cliente de motilidade.

Registrando e Informando

- Registe o momento da atividade convulsiva e a sequência de eventos. Registre a presença de sono (ou algum nível de consciência), postura, cor, esférulas das extremidades, intensidade e padrões de sono depois da convulsão.
- Documente a resposta do cliente e os desfechos esperados ou inesperados.
- Avise o prestador de cuidados com a saúde, imediatamente, assim que a convulsão cessa. O estado epiléptico é uma situação de emergência que requer tratamento médico imediato.

Resultados Inesperados e Intervenções Relacionadas

1. O cliente sofre uma lesão traumática
 - a. Continue a proteger o cliente de lesão adicional.
 - b. Notifique imediatamente o provedor de cuidados de saúde.
 - c. Certifique-se de que o ambiente esteja seguro.
2. O cliente verbaliza sentimentos de ansiedade.
 - a. Ofereça apoio e permita que o cliente responda.
 - b. Encourage o cliente e a família a participar de decisões e de planejamento das o

JUSTIFICATIVA

O constrangimento é comum depois de uma convulsão, especialmente se tratamos sobre a convulsão. Falta que a língua ou dentaduras bloquem as vias aéreas e promove a obstrução das narinas, reduzindo assim o risco de asfixia. Evita lesão muscular-squelética.

Observação constante é necessária para garantir ventilação adequada durante e após a convulsão. Observações precisas e específicas ajudam no registro, diagnóstico e tratamento do distúrbio da convulsão. Informações sobre o tipo de convulsão que tiveram ao longo de participação no conhecimento sobre seu cuidado.

Oferta de segurança contínua. Clientes ficam sempre confusos e sonolentos após uma convulsão.

Prevenção de transmissão de infecções. O cliente em estado de convulsão continua a requerer ventilação oral para garantir a informação sobre o seu cuidado.

Monitoramento intenso e tratamento são impostos para essa emergência médica.

Ajuda a evitar lesão traumática.

Considerações sobre o Cuidado Domiciliar explicam como adaptar as práticas ao ambiente doméstico.

O Registrando e Informando oferece diretrizes sobre o que registrar e relatar em prontuário em relação a cada prática.

Os Resultados Inesperados e Intervenções Relacionadas alertam a respeito do que pode dar errado durante a realização de uma prática de enfermagem e dão diretrizes a respeito das respostas apropriadas.

Fotos e ilustrações detalhadas e claras mostram como fazer procedimentos de enfermagem importantes.

APLICANDO AS CONTENÇÕES—CONT.

PASSOS

13. Prima as contenções em uma parte móvel da estrutura da cama, que se move quando a cabeceira da cama for elevada ou abaixada (ver Ilustração).

Ponto de Decisão Crítica: Não prima a extremidade da contenção da grade do leito.

14. Prima a contenção com um laço de liberação rápida (ver Ilustração). Não de um nó.
15. Insira dois dedos sob a contenção presa (ver Ilustração).

16. Aperte a contenção adequadamente da contenção, a integridade da pele, os pulsos, a temperatura, a cor e a sensibilidade da parte do corpo controlada pelo menos a cada 1 hora (IC, 2006) ou de acordo com a política da instituição.



PASSO 13 Prima a faixa de contenção na estrutura da cama ou com gancho encaixado da cama.



PASSO 14 O laço de liberação rápida de Posey. (Cortesia de JT Posey Co., Inc., Calif.)



Os Planos de Cuidado de Enfermagem demonstram como deve ser um plano de cuidados de um cliente. Cada plano ajuda a entender o processo de avaliação, a associação de achados de avaliação com as características que definem a formação do diagnóstico de enfermagem, a identificação de objetivos e resultados, a seleção de intervenções de enfermagem e o processo de avaliação dos cuidados.

Capítulo 38 - Segurança do Cliente 825

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Risco de Lesão

Coleta de Dados

O Sr. Key, um enfermeiro visitante, está examinando a Sra. Cohen, uma mulher de 65 anos de idade. A cliente está se recuperando de um acidente vascular encefálico leve que afetou seu lado esquerdo. A Sra. Cohen vive sozinha, porém recebe assistência regular. A Sra. Cohen vive sozinha, porém recebe assistência regular.

Atividades de Avaliação*

Pergunta à Sra. Cohen sobre o acidente vascular encefálico que afetou seu lado esquerdo.

Cabeça uma avaliação dos riscos ambientais.

Observe a marcha e a postura da Sra. Cohen.

Avalie a força muscular da Sra. Cohen.

Avalie a acuidade visual com lentes corretivas.

*Riscos ambientais definidos estão em negrito.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de lesão relacionado com a mobilidade comprometida, com a diminuição da acuidade visual e com os riscos físicos ambientais.

Planejamento:

Objetivo:

Casa livre de riscos em 1 mês.

A Sra. Cohen e sua família tiveram conhecimento dos riscos potenciais para seu grupo etário em 1 semana.

A Sra. Cohen vai ter uma sensação de maior segurança quanto a quedas em 1 mês.

A Sra. Cohen estará livre de risco de lesões em 3 semanas.

Resultados Esperados (NOC):

Controle de Risco:

Os riscos modificáveis na cozinha e nos corredores serão reduzidos na casa em 1 semana. A revisão do banheiro estará completa em 1 mês.

Conhecimento Segurança Pessoal:

A Sra. Cohen e seu filho identificaram os riscos e os passos para evitá-los em casa na conclusão da sessão de evasão na próxima semana.

Comportamento de Prevenção de Quedas:

A Sra. Cohen vai relatar melhora de visão com a ajuda de novas óculos.

A Sra. Cohen será capaz de desambular com segurança pela casa e realizar as atividades de cuidados pessoais em 3 semanas.

Justificativa:

Os riscos de queda para idosos no domicílio incluem diminuição visual, marcha instável e alterações posturais (Meister e Lachampotz, 2004). A evasão de riscos no domicílio dentro de um fator extremamente que levam a quedas.

A modificação do ambiente reduz o risco de quedas (McCullagh, 2006).

Com os envelhecimentos, a pessoa perde a capacidade de se ajustar à luz, causando sensibilidade para o brilho/volume. O reflexo luminoso torna difícil ver claramente o caminho para andar (Mannix e Lachampotz, 2004).

A evasão de riscos diminui o risco de cair (American Geriatrics Society, 2009).

A melhora da acuidade visual reduz a incidência de quedas (Baldwin e Mandell, 2006).

O exercício melhora a flexibilidade, a agilidade e a flexibilidade. A modificação dos problemas da marcha pelo aumento da flexibilidade do músculo saudável reduz o risco de quedas.

As terminologias da **Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)** e **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)** são usadas nos planos de cuidados para aumentar o conhecimento a respeito dos conceitos de enfermagem.

As **Justificativas** de cada intervenção nos planos de cuidados demonstram as evidências que sustentam as abordagens do cuidado de enfermagem.

826 Unidade VII - Necessidades Humanas Básicas

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Risco de Lesão — Cont.

Avaliação:

Ações de Enfermagem:

Pergunta à Sra. Cohen e à sua família para identificar os riscos.

Observe o ambiente para a eliminação dos riscos.

Avalie a acuidade visual da Sra. Cohen.

Observe a marcha e a postura da Sra. Cohen.

Resposta/Ativado do Cliente:

A Sra. Cohen e sua filha foram capazes de identificar riscos durante uma conversa entre cama e expressaram uma maior sensação de segurança quanto aos alterações futuras.

De tapetes soltos foram removidos. A iluminação aumentada para 25 watts, exceto no banheiro e no quarto.

A Sra. Cohen tem novas óculos e diz que é capaz de ler melhor, bem como ver mais claramente os objetos distantes.

A marcha da Sra. Cohen se manteve hesitante e descoordenada; ela relata que sua filha não teve tempo de levá-la ao fisioterapeuta.

Orientação de Resultado:

A Sra. Cohen e sua filha têm mais conhecimento sobre os riscos potenciais.

Os riscos ambientais foram parcialmente reduzidos.

A visão da Sra. Cohen melhorou, possibilitando que ela desempenhe com maior segurança.

O resultado de desambulação com segurança não foi completamente alcançado; continue a encorajar a Sra. Cohen e sua filha a irem à consulta com o fisioterapeuta.

Intervenção	Justificativa
Lactentes e Infantis (Doutor) Faça com que os lactentes durem de costas ou de lado. Evite os pais e encostados "dormir, só de costas".	Dormir de bruços com a bota e o nariz patinados do colchão está associado à síndrome da morte súbita do lactente (SIDS) (Marck e outras, 2003). Possibilidade de os lactentes se enrolarem com os lençóis e outras roupas de cama e sofocarem.

mais apidamente enfermas, e atividades de governo levam a liberação de ações e modificações para a comunidade. Os processos de desconcentração e o retorno das discussões são uma parte dos planos de resposta hospitalar.

Desprezo — Passos tomados para restaurar os serviços essenciais e retomar as operações normais da agência. Esta fase exige que seja imediatamente queira a fase de resposta.

Todos os hospitais possuem ter um plano de emergência duas vezes por ano, isso inclui a implementação dos exercícios planejados. A reconstrução é a etapa para um plano de gerenciamento de emergência. Se um ataque histerônico minor, o pessoal de enfermagem tem que saber o que acontece, quando clientes esperar e quando os clientes comunicar a chegar para que possam se preparar e também sua formação (Blehmus e Baier, 2002).

As políticas do conselho de infecção são aplicadas no encontro de um ataque biológico. Você precisa ter todos os clientes monitorados com doenças relacionadas ao histerônico suspeitas ou confirmadas usando as precauções padrão (Cap. 34). Para certas doenças, como varíola ou peste pneumônica, precauções adicionais são necessárias, como precauções de isolamento respiratório ou de contato. Embora a maioria das infecções associadas a agências biológicas não possa ser transmitida de cliente a cliente, um geral você lida com o transporte e movimento dos clientes ao movimento que seja eventual para o tratamento e para os cuidados. Um aspecto importante de cuidado com os clientes que apresentam doenças relacionadas à infecção é o tratamento pré-expoção. A Tabela 38-4 resume os passos a tomar para garantir a exposição ao menor, isolamento, preste e varíola.

Avaliação

Você aplica os componentes do pensamento crítico na avaliação dos passos do processo de enfermagem (Fig. 38-18). Você avalia os cuidados de fato prestados pela equipe de cuidados de saúde com base nos resultados esperados. Se você alcança as metas do cliente, pode considerar as intervenções de enfermagem eficazes e apropriadas. Caso contrário, você determina se novas ações para o cliente se desenvolvem ou se os riscos aumentam permanentemente. O cliente e a família precisam participar para encorajar maneiras permanentes de reduzir os riscos para a segurança. A enfermeira avalia continuamente a necessidade do cliente e da família de serviços adicionais de apoio tais como cuidados domiciliares, fisioterapia, assistência e acomodado eletrodomésticos.

Quando você desenvolve uma boa relação com um cliente e o cliente se sente protegido e seguro na religião, bem como na amizade, ele mais provavelmente demonstra menos ansiedade e melhora sua satisfação com o que o cerca. Você precisa determinar, entretanto, se as expectativas do cliente foram atendidas. Se os resultados forem alcançados, está dia as perguntas a fazer: Você está seguro com as mudanças feitas no ambiente? Você acredita que sua segurança é garantida? Se as expectativas do cliente não foram atendidas, você precisa não apenas o cliente e o ambiente, porque também deve expressar pelo cliente.

Um ambiente seguro é essencial para a prevenção, manutenção e restauração da saúde. Incorporando a capacidade de pensamento crítico na aplicação de processos de enfermagem, a enfermeira e o cliente e o ambiente para determinar os fatores de risco para a agressão ou lesão, formula um diagnóstico de enfermagem e planifica intervenções específicas, incluindo a educação do cliente.

As Questões de Revisão no Estilo NCLEX® ao final de cada capítulo, com respostas e fundamentos incluídos no texto, ajuda a revisar e avaliar o que foi aprendido.

Os Exercícios de Pensamento Crítico ao final de cada capítulo oferecem perguntas que exigem a aplicação do conteúdo aprendido no capítulo a estudos de caso e contextos clínicos simples.

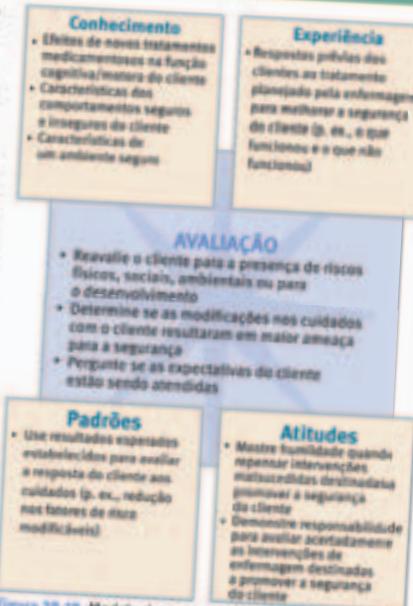


Figura 38-18 Modelo de pensamento crítico para avaliação da segurança.

resultados esperados incluem um ambiente fisicamente seguro, um cliente cujas expectativas realmente são atendidas, um cliente conhecendo sobre os fatores de segurança e protegendo e um cliente livre de lesão.

Conceitos-chave

• Na comunidade um ambiente seguro significa que as necessidades básicas são alcançáveis, reduzindo os riscos físicos e a transmissão de patógenos, controlando a poluição e man-

Os capítulos terminam com **Conceitos-chave** para ajudá-lo na revisão.

Capítulo 38 Segurança do Cliente 847

Questões de Revisão no Estilo NCLEX®

- As alterações fisiológicas que ocorrem durante o processo de envolvimento aumentam o risco do cliente idoso para:
 - Envelhecimento
 - Alcoolismo
 - Quimioterapias
 - Erros de medicação
- Você descreve um incêndio elétrico no quarto de seu cliente. Sua primeira ação será:
 - Ativar o alarme de incêndio
 - Confundir o incêndio fechando todas as portas e janelas
 - Evacuar clientes ou visitantes em perigo imediato
 - Extinguir o incêndio usando o extintor de incêndio mais próximo
- Um pai liga desesperadamente para o consultório do pediatra falando sobre uma garrafa de azeite que seu filho de 2 anos de idade bebera. Qual das seguintes é a instrução mais importante que você pode dar para este pai?
 - Ode leite à criança
 - Ode a criança azeite de ipêca
 - Ligue para o centro de controle de venenos
 - Lave a criança para o departamento de emergência
- Um casal está com sua filha para utilização física na escuta. Os pais dizem a você que estão preocupados com os riscos de segurança que afetam esta idade. Você planeja ensinar os pais sobre estes riscos, você lembra que os adolescentes correm um maior risco de lesão por:
 - Acidentes domésticos
 - Alterações fisiológicas do envelhecimento
 - Envolvimento e abdução de crianças
 - Acidentes de automóvel, suicídio e abuso de substâncias químicas
- Durante o plantão noturno, um cliente é encaminhado andando e tropeçando nos corredores do hospital provocado por um tênis. A intervenção inicial da enfermeira devendo ser:
 - Inserir um cateter urinário
 - Pedir ao médico para prescrever uma contenção
 - Designar um membro da equipe para ficar com o cliente
 - Providenciar um horário para lhe dar banheiro durante o plantão noturno
- Lila, uma auxiliar de enfermagem, está trabalhando com você durante seu plantão. Um de seus clientes está com os membros superiores contidos. Ao dirigir os cuidados com este cliente a Lila, você deve recomendar que ela:
 - Mude o cliente para um quarto mais próximo do posto de enfermagem
 - Verifique para ver se o cliente tem uma medicação para dormir
 - Chame o médico se o cliente se tornar mais agitado com a contenção
 - Relate qualquer sinal de vermelhidão, escoriação ou constrição da circulação sob a contenção

Exercícios de Pensamento Crítico

Ao fazer uma visita de rotina, Peggy, a filha da Sra. Cohen, a encontra caída no chão depois da varanda. A Sra. Cohen se surpreendeu que não quebrou, e não conseguiu levantar. Peggy tem 91 anos (nascida no Rio de Janeiro). Algumas horas mais tarde, a Sra. Cohen está hospitalizada para o tratamento de fratura no quadril direito.

- liste as três intervenções ambientais para promover a segurança da Sra. Cohen em seu quarto.
- A cama da Sra. Cohen tem quatro grades laterais. Em que posição você deve colocar as grades e por quê?
- Quais são os fatores imprevisíveis da Sra. Cohen que a colocam em maior risco de quedas enquanto no hospital?

A Sra. Cohen necessita da administração IV de antibióticos no pós-operatório. Logo depois da primeira dose, ela fica inquieta e começa a seguir a linha IV.

- O que pode estar precipitando o comportamento da Sra. Cohen?
- Por que a enfermeira deveria evitar o uso de contêncies físicas na Sra. Cohen?
- Liste duas intervenções que podem ser utilizadas para estimar a uso de contêncies na Sra. Cohen.

Muitas alternativas para a contenção foram tentadas, porém, por causa da inquietude da Sra. Cohen, ela conseguiu retirar a linha IV. Torna-se necessário contrair a Sra. Cohen temporariamente durante o tratamento com antibiótico IV.

- Você sabe que uma prescrição de medicação ou da prestadora de cuidados de saúde é necessária para a contenção?

Prefácio ao Professor

A enfermagem está sempre respondendo a mudanças dinâmicas e desafios contínuos. Atualmente, as enfermeiras precisam ter uma base ampla de conhecimentos para trabalhar. E o mais importante, precisam saber como aplicar as melhores evidências na prática a fim de garantir os melhores resultados para seus clientes. O papel da enfermagem inclui assumir a liderança na preservação das práticas de enfermagem e demonstrar a sua contribuição ao estado de saúde da sua nação. As enfermeiras do futuro, portanto, deverão ser pensadoras críticas, defensoras do cliente, tomadoras de decisões clínicas e educadoras do cliente dentro de um amplo espectro de cuidados.

A 7^a edição do **Fundamentos de Enfermagem** foi atualizada a fim de preparar os estudantes de hoje para os desafios de amanhã. Este livro é destinado a estudantes iniciantes em todos os tipos de enfermagem profissional. A cobertura abrangente dos tópicos proporciona conceitos fundamentais de enfermagem, competências e técnicas da prática de enfermagem e uma base sólida para áreas de estudo mais avançadas.

O **Fundamentos de Enfermagem** oferece uma abordagem contemporânea à prática de enfermagem, discutindo todo o escopo de cuidados primários, agudos e restauradores. Esta nova edição trata de uma série de questões-chave da prática atual, incluindo a manipulação segura do paciente e informática na enfermagem. Um capítulo novo e moderno sobre *Cuidando do Sobrevivente do Câncer* prepara os estudantes para lidar com as necessidades de cuidados de saúde singulares de pacientes que sobreviveram ao câncer, mas ainda enfrentam os pós-efeitos físicos e emocionais da doença e de seu tratamento. A prática baseada em evidências é uma das iniciativas mais importantes nos cuidados de saúde atualmente. O foco maior na aplicação de evidências atuais nas competências e nos planos de cuidados dos clientes ajuda os estudantes a entender como os últimos achados de pesquisa devem guiar sua tomada de decisões clínicas.

Somos gratos aos muitos educadores e estudantes que compartilharam conosco suas opiniões, visões e ideias, e consideramos cada um deles colaboradores desta revisão.

Características

Desenvolvemos atentamente esta 7^a edição tendo o estudante em mente. Elaboramos este livro para acolher o novo estudante à enfermagem, para falar do nosso amor pela profissão e para promover a aprendizagem e o conhecimento. As principais características do livro são:

Características Clássicas

- Cobertura **abrangente** e fácil leitura de todo o conteúdo de enfermagem fundamental.
- Texto **em cores** para melhorar o recurso visual e o valor instrutivo.
- O formato de **processo de enfermagem** proporciona uma estrutura organizacional consistente para capítulos clínicos.
- Abrange **promoção da saúde e cuidados agudos e contínuos** para lidar com a prática atual em diversos contextos.
- Uma linha de **promoção da saúde e do bem-estar** é usada de maneira consistente ao longo do livro.
- A **diversidade cultural** é apresentada no Capítulo 9, enfatizada em exemplos clínicos ao longo do livro e destacada em quadros especiais.
- A **educação em saúde** é apresentada no Capítulo 25 e enfatizada em quadros que enumeram os objetivos de ensino, estratégias e avaliação relacionados aos tópicos clínicos ao longo do livro.
- Princípios de **enfermagem gerontológica** são tratados no Capítulo 14, bem como nos quadros especiais de *Foco em Idosos* no livro.
- **Contextos clínicos diversos** são tratados ao longo do livro, descrevendo exemplos práticos em instituições clínicas, de cuidados especiais e no lar, bem como em contextos de cuidados agudos.
- O **modelo de pensamento crítico** oferece uma estrutura para capítulos clínicos, mostrando como elementos do pensamento crítico, incluindo conhecimento, atitudes de pensa-

mento crítico, padrões intelectuais e profissionais e experiência, estão integrados em todo o processo de enfermagem para a tomada de decisões clínicas.

- **Habilidades de enfermagem** importantes são apresentadas em um formato claro em duas colunas com um fundamento para todas as etapas; sempre que possível, os fundamentos baseiam-se nas evidências de pesquisa mais atuais.
- **Resultados Inesperados e Intervenções Relacionadas** estão destacadas nas habilidades de enfermagem para ajudar os estudantes a prever e responder apropriadamente a possíveis problemas enfrentados enquanto se faz as tarefas.
- Os quadros de **Diretrizes de Procedimentos** dão instruções organizadas em etapas para fazer as práticas mais básicas.
- Os **Mapas Conceituais** mostram a associação entre múltiplos diagnósticos de enfermagem de um cliente e um diagnóstico clínico selecionado, além da relação entre intervenções de enfermagem.
- Os **Planos de Cuidado de Enfermagem** orientam o estudante a como conduzir uma avaliação e analisam as características que indicam diagnósticos de enfermagem. Os planos incluem classificações NIC e NOC para familiarizar o estudante com suas nomenclaturas relevantes. As seções de avaliação dos planos mostram aos estudantes como avaliar e então determinar os resultados dos cuidados.
- Os quadros de **Prática Baseada em Evidências** resumem as evidências de enfermagem disponíveis a respeito de um tópico específico e explicam suas implicações à prática de enfermagem, ajudando os estudantes a entender como a pesquisa pode ser traduzida em realidade à beira do leito.
- **Alertas de Segurança** indicam técnicas que os estudantes podem usar para garantir a segurança do cliente e da enfermagem.

Novas Características

• Novos capítulos e conteúdo ampliado:

- O capítulo *Cuidando do Sobrevivente de Câncer* trata das necessidades físicas e emocionais únicas dos sobreviventes de câncer que enfrentam os pós-efeitos da doença e do tratamento. Com 10 milhões de sobreviventes de câncer nos Estados Unidos, é preciso que a enfermagem em todos os contextos entenda os tipos comuns de problemas de saúde desses clientes.
- O capítulo *Prática Baseada em Evidências* ensina um processo em seis etapas para fazer perguntas clínicas e aprender como analisar e aplicar as melhores evidências científicas à prática. O capítulo oferece competências para conduzir pesquisas na literatura e dicas para aplicar as evidências a situações reais da prática.
- O capítulo *Documentação e Informática* incorpora conceitos básicos de informática em enfermagem nos cuidados de saúde.
- As diretrizes de segurança na manipulação do paciente incluem as últimas diretrizes de 2006 sobre técnicas de transferência e deambulação.
- Novas diretrizes 2007 IV da Infusion Nurses Society.
- Novas diretrizes de 2006 sobre Estadiamento de Úlceras de Pressão do National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Quadros de Questões de Avaliação ajudam a aprender como conduzir de maneira clara e eficiente a anamnese de um cliente.

Ficamos felizes por ver o número cada vez maior de homens envolvidos atualmente na prática de enfermagem, e reconhecemos sua dedicação, sua competência e seu profissionalismo.*

O desenvolvimento deste livro resultou do trabalho combinado de muitos profissionais talentosos e comprometidos com a excelência na função. Agradecemos sua dedicação e seu entusiasmo. Tentamos ao longo de todo o livro reconhecer as contribuições de nossos colegas enfermeiros profissionais que fazem diferença nas vidas de seus clientes e das comunidades em que trabalham. Estamos muito orgulhosos de estarmos ligados a indivíduos tão admiráveis.

*Nota do Editor: Nessa 7^a edição em português, porém, a Revisão Científica optou por tratar o profissional sempre por ela. Em alguns poucos casos, usamos ela e ele para nos referir ao cliente para fins de clareza das informações ao leitor.

Sumário*

Unidade I O Cliente e o Ambiente de Saúde

1 1. A Enfermagem Hoje, 1

Anne G. Perry, RN, EdD, FAAN

Destaques e Perspectivas Históricas, 2

- Florence Nightingale, 2
- Da Guerra Civil ao Início do Século XX, 3
- Século XX, 4
- Século XXI, 4

Influências Sociais na Enfermagem, 4

- Mudanças Demográficas, 4
- Questões do Cuidado de Saúde da Mulher, 4
- Movimento dos Direitos Humanos, 4
- Desigualdade no Acesso à Saúde, 5
- A Ameaça do Bioterrorismo, 5

Necessidades do Consumidor, 5

- Diversidade Cultural, 5
- Segurança, 5
- Promoção da Saúde e do Bem-Estar, 5

Influências do Sistema Atual de Distribuição do Cuidado de Saúde, 5

- Aumento nos Custos de Saúde, 6
- Prática Baseada em Evidências, 6
- Pesquisa de Biomédica e Enfermagem, 6
- A Falta de Enfermeiras, 6

A Enfermagem como Profissão, 6

- Campo e Padrões de Prática, 6

Educação em Enfermagem, 7

- A Educação da Enfermeira, 8
- Pós-Graduação de Enfermagem, 8
- Educação Continuada e em Serviço, 8

Prática de Enfermagem, 8

- Leis e Regras da Enfermagem, 9
- Licença e Certificado, 9
- A Ciência e a Arte da Prática de Enfermagem, 9

Responsabilidade e Papel Profissional, 10

- Autonomia e Responsabilidade, 10

Cuidador, 10

Advogado, 10

Educador, 10

Comunicador, 10

Gerente, 10

Desenvolvimento da Carreira, 10

Organizações Profissionais de Enfermagem, 12

Tendências Futuras da Enfermagem, 13

- Expansão das Oportunidades de Emprego, 13

Percepção Pública da Enfermagem, 13

O Impacto da Enfermagem nas Políticas de Saúde, 13

2 O Sistema de Prestação de Cuidados da Saúde, 15

Mary Ann Wehmer, MSN, RN, CNOR

Regulamentação e Competição no Cuidado da Saúde, 16

Ênfase no Bem-Estar da População, 17

Cenários e Serviços de Cuidado da Saúde, 17

Atenção Básica e Cuidados Preventivos, 20

Atenção Secundária e Terciária, 20

Cuidados de Restabelecimento, 23

Cuidado Contínuo, 25

Problemas na Prestação de Cuidados da Saúde, 27

Competência, 27

Prática Baseada em Evidências, 27

Cuidado da Saúde de Qualidade, 27

Avanços Tecnológicos e Informática em Enfermagem, 28

Globalização do Cuidado da Saúde, 29

O Futuro do Cuidado da Saúde, 30

3 Prática de Enfermagem com Base na Comunidade, 32

Anne G. Perry, RN, EdD, FAAN

Cuidado de Saúde com Base na Comunidade, 33

Obtendo Populações e Comunidades Saudáveis, 33

Enfermagem em Saúde da Comunidade, 34

Prática de Enfermagem em Saúde da Comunidade, 34

Enfermagem com Base na Comunidade, 35

Populações Vulneráveis, 36

*Nota do Editor: Diversos dados referentes à realidade brasileira foram acrescentados pelos revisores científicos como notas de rodapé. Os revisores científicos optaram por utilizar como padrão enfermeira e cliente.

<p>Competência da Enfermagem com Base na Comunidade, 38</p> <ul style="list-style-type: none">Cuidador, 39Gerente de Caso, 40Agente de Mudanças, 40Advogado do Cliente, 40Colaborador, 40Conselheiro, 40Educador, 41Epidemiologista, 41 <p>Avaliação da Comunidade, 41</p> <p>Mudando a Saúde dos Clientes, 42</p> <p>4 Fundamentos Teóricos da Prática de Enfermagem, 44</p> <p>Anne G. Perry, RN, EdD, FAAN</p> <p>O Domínio da Enfermagem, 45</p> <p>Teoria, 45</p> <ul style="list-style-type: none">Componente de uma Teoria, 46Tipos de Teoria, 46 <p>Relação da Teoria com a Prática em Enfermagem, 47</p> <p>Teorias Interdisciplinares, 47</p> <ul style="list-style-type: none">Teoria dos Sistemas, 47Necessidades Básicas Humanas, 48Teorias de Desenvolvimento, 48Teorias Psicosociais, 48 <p>Teorias de Enfermagem Selecionadas, 48</p> <ul style="list-style-type: none">Teoria de Nightingale, 49Teoria de Peplau, 50Teoria de Henderson, 50Teoria de Rogers, 50Teoria de Orem, 50Teoria de Leininger, 50Teoria de Roy, 50Teoria de Watson, 51Teoria de Benner e Wrubel, 51 <p>A Relação Entre a Teoria e o Desenvolvimento de Conhecimento em Enfermagem, 51</p> <p>5 Prática Baseada em Evidências, 53</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>Um Caso de Evidência, 54</p> <ul style="list-style-type: none">Etapas da Prática Baseada em Evidências, 55 <p>Pesquisa em Enfermagem, 60</p> <ul style="list-style-type: none">Pesquisa de Controle dos Resultados, 60Método Científico, 61Enfermagem e a Abordagem Científica, 61 <p>Processo de Pesquisa, 62</p> <p>Melhoria da Qualidade e Melhoria do Desempenho, 64</p> <ul style="list-style-type: none">Programas de Melhoria da Qualidade, 65 <p>Unidade II Cuidados Durante a Expectativa de Vida</p> <hr/> <p>6 Saúde e bem-estar, 68</p> <p>Lois Bentier-Lampe, RN, MS</p> <p>Documentos para Pessoas Saudáveis, 69</p>	<p>Definição de Saúde, 69</p> <p>Modelos de Saúde e Doença, 69</p> <ul style="list-style-type: none">Modelo de Crença sobre Saúde, 70Modelo de Promoção da Saúde, 71Modelo de Necessidades Humanas Básicas, 71Modelo Holístico de Saúde, 72 <p>Variáveis que Influenciam a Saúde e as Crenças e Práticas de Saúde, 73</p> <ul style="list-style-type: none">Variáveis Internas, 73Variáveis Externas, 74 <p>Promoção da Saúde, Bem-Estar e Prevenção de Doença, 74</p> <ul style="list-style-type: none">Níveis de Cuidado Preventivo, 75 <p>Fatores de Risco, 77</p> <ul style="list-style-type: none">Fatores Genéticos e Fisiológicos, 77Idade, 77Ambiente, 77Estilo de Vida, 77 <p>Modificação do Fator de Risco e Mudança de Comportamentos de Saúde, 78</p> <p>Doença, 78</p> <ul style="list-style-type: none">Doença Aguda e Doença Crônica, 79Comportamento de Doença, 79Variáveis que Influenciam a Doença e o Comportamento de Doença, 80 <p>Impacto da Doença sobre o Cliente e a Família, 80</p> <ul style="list-style-type: none">Mudanças Comportamentais e Emocionais, 80Impacto na Imagem Corporal, 80Impacto sobre o Autoconceito, 81Impacto sobre os Papéis da Família, 81Impacto sobre a Dinâmica Familiar, 81 <p>7 Cuidando do Sobrevivente do Câncer, 84</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>Os Efeitos do Câncer sobre a Qualidade de Vida, 85</p> <ul style="list-style-type: none">Bem-Estar Físico e Sintomas, 86Bem-Estar Psicológico, 87Bem-Estar Social, 88Bem-Estar Espiritual, 89 <p>Câncer e Famílias, 90</p> <ul style="list-style-type: none">Sofrimento Familiar, 90 <p>Implicações para Enfermagem, 90</p> <ul style="list-style-type: none">Avaliação do Sobrevivente, 90Educação do Cliente, 91Fornecendo Recursos, 92 <p>Componentes dos Cuidados com os Sobreviventes, 92</p> <ul style="list-style-type: none">Plano de Cuidados de Sobrevivência, 92 <p>8 O Cuidado na Prática de Enfermagem, 95</p> <p>Anne G. Perry, RN, EdD, FAAN</p> <p>Visões Teóricas sobre Cuidado, 96</p> <ul style="list-style-type: none">O Cuidado é Primário, 96A Essência da Enfermagem e da Saúde, 96Cuidado Transpessoal, 97 <p>Teoria do Cuidado de Swanson, 97</p> <ul style="list-style-type: none">Resumo das Concepções Teóricas, 98 <p>Percepções do Cliente sobre o Cuidado, 99</p> <ul style="list-style-type: none">Ética do Cuidado, 100
---	---

O Cuidado na Prática de Enfermagem, 100	Cuidados Focados na Família, 130
Proporcionar a Presença, 101	Desafios para a Enfermagem Familiar, 131
Toque, 101	Implementando Cuidado Centrado na Família, 132
Escuta, 101	
Conhecendo o Cliente, 102	
Cuidado Espiritual, 102	
Cuidado da Família, 102	
O Desafio do Cuidar, 103	
9 Cultura e Etnia, 106	11 Teorias do Desenvolvimento, 136
Anahid Kulwicki, RN, DNS, FAAN	Karen Balakas, RN, PhD, CNE
Diversidade Populacional, 107	Crescimento e Desenvolvimento, 137
Disparidades de Saúde, 107	Processos de Desenvolvimento, 137
Compreendendo Conceitos Culturais, 107	Teorias do Desenvolvimento, 137
Cuidado Culturalmente Congruente, 108	Teorias do Desenvolvimento Biofísico, 137
Conflitos Culturais, 109	Teoria Psicanalítica/Psicossocial, 138
Contexto Cultural da Saúde e do Cuidado, 109	Perspectivas do Desenvolvimento Adulto, 141
Modalidades Culturais de Cura e Curandeiros, 110	Teoria do Desenvolvimento Cognitivo, 142
Síndrome Ligada à Cultura, 110	Teoria do Desenvolvimento Moral, 143
Cultura e Transições, 110	Conclusão, 145
Gravidez, 110	
Parto, 111	
Recém-Nascido, 111	
Período Pós-parto, 112	
Luto e Perda, 112	
Avaliação Cultural, 113	
Dados de Censo, 113	
Fazendo Perguntas, 113	
Estabelecendo Relacionamentos, 113	
Componentes Selecionados da Avaliação Cultural, 114	
Orientação do Tempo, 118	
Crenças e Práticas de Cuidado, 118	
Experiência com Cuidado de Saúde Profissional, 119	
Decisões de Enfermagem, 119	
10 Cuidado Familiar, 121	12 Da Concepção à Adolescência, 148
Anne G. Perry, RN, EdD. FAAN	Karen Balakas, RN, PhD, CNE
A Família, 122	Estágios do Crescimento e Desenvolvimento, 149
Conceito de Família, 122	Seleção de uma Estrutura de Desenvolvimento para a
Definição: O Que É Família?, 122	Enfermagem, 149
Tendências Atuais e Novos Formatos de Família, 122	Concepção, 149
Mudança do Cenário, 123	Vida Intrauterina, 149
Falta de Moradia, 124	Transição da Vida Intrauterina para Extrauterina, 151
Violência Familiar, 124	Mudanças Físicas, 151
Doenças Agudas ou Crônicas, 124	Mudanças Psicossociais, 152
Abordagens Teóricas: Uma Visão Geral, 125	Riscos à Saúde, 152
Sistema da Saúde Familiar, 125	Recém-Nascido, 152
Estágios de Desenvolvimento, 125	Mudanças Físicas, 152
Atributos Familiares, 126	Mudanças Cognitivas, 153
Estrutura, 126	Mudanças Psicossociais, 154
Funcionamento, 127	Riscos de Saúde, 154
A Família e a Saúde, 127	Questões de Saúde, 154
Cuidados de Enfermagem Familiares, 127	Questões de Segurança, 154
Família como Contexto, 128	Lactente, 154
Famílias como Clientes, 128	Mudanças Físicas, 155
Famílias como Sistema, 128	Mudanças Cognitivas, 155
O Processo de Enfermagem para a Família, 129	Mudanças Psicossociais, 155
Avaliando as Necessidades das Famílias, 129	Riscos à Saúde, 156
	Questões de Saúde, 156
	Infante (<i>Toddler</i>), 158
	Mudanças Físicas, 158
	Mudanças Cognitivas, 158
	Mudanças Psicossociais, 159
	Riscos à Saúde, 159
	Pré-Escolares, 160
	Mudanças Físicas, 160
	Mudanças Cognitivas, 160
	Mudanças Psicossociais, 161
	Riscos à Saúde, 161
	Questões de Saúde, 161
	Crianças em Idade Escolar e Adolescentes, 162
	Crianças em Idade Escolar, 162
	Mudanças Físicas, 164
	Mudanças Cognitivas, 164
	Mudanças Psicossociais, 165
	Riscos à Saúde, 165
	Questões de Saúde, 167

<p>Adolescentes, 168</p> <ul style="list-style-type: none"> Mudanças Físicas, 168 Mudanças Cognitivas, 170 Mudanças Psicossociais, 171 Riscos à Saúde, 172 Questões de Saúde, 174 <p>13 Do Adulto Jovem ao Adulto de Meia-Idade, 177</p> <p>Patsy Ruchala, RN, DNSc</p> <p>O Adulto Jovem, 178</p> <ul style="list-style-type: none"> Alterações Físicas, 178 Alterações Cognitivas, 178 Alterações Psicossociais, 179 Riscos à Saúde, 180 Questões de Saúde, 182 <p>O Adulto de Meia-Idade, 184</p> <ul style="list-style-type: none"> Mudanças Físicas, 186 Mudanças Cognitivas, 186 Mudanças Psicossociais, 186 Questões de Saúde, 187 <p>14 O Idoso, 191</p> <p>Annette Lueckenotte, RN, MS, BC, GNP, GCNS</p> <p>Variabilidade Entre Idosos, 192</p> <p>Terminologia, 192</p> <p>Mitos e Esterótipos, 193</p> <p>Atitudes das Enfermeiras em Relação a Idosos, 194</p> <p>Teorias do Envelhecimento, 194</p> <p>Tarefas do Desenvolvimento para Idosos, 194</p> <p>Serviços de Saúde Comunitários e Institucionais, 195</p> <p>Avaliando as Necessidades dos Idosos, 195</p> <ul style="list-style-type: none"> Alterações Fisiológicas, 198 Alterações Funcionais, 200 Alterações Cognitivas, 200 Alterações Psicossociais, 202 <p>Abordando as Preocupações de Saúde dos Idosos, 205</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoção e Manutenção de Saúde: Preocupações Fisiológicas, 205 Promoção e Manutenção da Saúde: Preocupações de Saúde Psicossocial, 209 <p>Idosos e o Ambiente de Cuidados Agudos, 211</p> <p>Idosos e Cuidados de Restabelecimento, 212</p>	<p>Competências do Pensamento Crítico, 218</p> <ul style="list-style-type: none"> Método Científico, 219 Resolução de Problemas, 219 Tomada de Decisões, 219 Raciocínio, Diagnóstico e Inferência, 219 Tomada de Decisões Clínicas, 220 Processo de Enfermagem como uma Competência, 221 <p>Um Modelo de Pensamento Crítico para a Tomada de Decisões Clínicas, 221</p> <ul style="list-style-type: none"> Base de Conhecimentos Específicos, 222 Experiência, 222 A Competência do Processo de Enfermagem, 222 Atitudes para o Pensamento Crítico, 224 Padrões de Pensamento Crítico, 225 <p>Desenvolvendo Habilidades de Pensamento Crítico, 226</p> <ul style="list-style-type: none"> Diário para Reflexão, 226 Mapeamento de Conceitos, 227 <p>Síntese do Pensamento Crítico, 227</p> <p>16 Coleta de Dados de Enfermagem, 230</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>Abordagem de Pensamento Crítico à Etapa de Coleta de Dados, 231</p> <ul style="list-style-type: none"> Coleta de Dados, 232 Métodos de Coleta de Dados, 236 Considerações Culturais na Coleta de Dados, 239 História de Saúde de Enfermagem, 240 Exame Físico, 242 Observação do Comportamento do Cliente, 242 Dados Diagnósticos e Laboratoriais, 242 Interpretando Dados da Coleta de Dados e Fazendo Julgamentos de Enfermagem, 242 Documentação dos Dados, 243 Mapeamento Conceitual, 245 <p>17 Diagnóstico de Enfermagem, 247</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>História do Diagnóstico de Enfermagem, 249</p> <p>Pensamento Crítico e o Processo Diagnóstico de Enfermagem, 252</p> <ul style="list-style-type: none"> Formulação do Diagnóstico de Enfermagem, 253 Componentes de um Diagnóstico de Enfermagem, 253 Relevância Cultural dos Diagnósticos de Enfermagem, 255 <p>Fazendo Mapas Conceituais de Diagnósticos de Enfermagem, 257</p> <p>Fontes de Erros Diagnósticos, 257</p> <ul style="list-style-type: none"> Erros na Coleta de Dados, 257 Erros na Interpretação e na Análise dos Dados, 258 Erros no Agrupamento dos Dados, 258 Erros na Afirmativa Diagnóstica, 258 Documentação, 259 <p>Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação ao Planejamento do Cuidado, 259</p> <p>18 Planejando o Cuidado de Enfermagem, 261</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>Estabelecendo Prioridades, 262</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioridades na Prática, 263
--	--

Unidade III Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem

<p>15 Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem, 215</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>Decisões Clínicas na Prática de Enfermagem, 216</p> <p>Pensamento Crítico Definido, 216</p> <p>Pensando e Aprendendo, 217</p> <p>Níveis de Pensamento Crítico na Enfermagem, 217</p> <ul style="list-style-type: none"> Pensamento Crítico Básico, 218 Pensamento Crítico Complexo, 218 Compromisso, 218
--

<p>Pensamento Crítico no Estabelecimento dos Objetivos e dos Resultados Esperados, 264</p> <ul style="list-style-type: none"> Objetivos do Cuidado, 265 Resultados Esperados, 266 Combinando Objetivos e Afirmações de Resultados, 267 Orientações para a Redação de Objetivos e Resultados Esperados, 267 <p>Pensamento Crítico no Planejamento do Cuidado de Enfermagem, 267</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervenções, 268 Seleção das Intervenções, 268 <p>Planejando o Cuidado de Enfermagem, 269</p> <ul style="list-style-type: none"> Planos de Cuidado de Estudantes, 271 Planos de Cuidado Institucionais, 274 Mapas Conceituais, 274 <p>Consultando Outros Profissionais de Cuidado de Saúde, 276</p> <ul style="list-style-type: none"> Quando Consultar, 276 Como Consultar, 276 	<p>21 Administração do Cuidado ao Cliente, 301</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>Montagem de uma Equipe de Enfermagem, 302</p> <ul style="list-style-type: none"> Certificação de Atratividade, 302 Modelos de Prestação de Cuidado de Enfermagem, 303 Tomada de Decisão Descentralizada, 305 <p>Habilidades de Liderança para Estudantes de Enfermagem, 307</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordenação do Cuidado Clínico, 307 Comunicação na Equipe, 309 Delegação, 309 Construção do Conhecimento, 311
<h2 style="color: #0070C0; margin: 0;">Unidade IV Padrões Profissionais na Prática de Enfermagem</h2> <hr/>	
<p>19 Implementação do Cuidado de Enfermagem, 278</p> <p>Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN</p> <p>Pensamento Crítico na Implementação, 279</p> <p>Intervenções de Enfermagem-Padrão, 280</p> <ul style="list-style-type: none"> Protocolos e Diretrizes de Prática Clínica, 281 Prescrições Permanentes, 281 Intervenções NIC, 281 <p>Processo de Implementação, 281</p> <ul style="list-style-type: none"> Reavaliar o Cliente, 281 Rever e Revisar o Plano de Cuidado de Enfermagem Existente, 282 Organizar os Recursos e Prestar Cuidado, 282 Previsão e Prevenção de Complicações, 284 Habilidades de Implementação, 284 <p>Cuidado Direto, 285</p> <ul style="list-style-type: none"> Atividades da Vida Diária, 285 Atividades Instrumentais da Vida Diária, 285 Técnicas de Cuidado Físico, 285 Medidas Salvadoras de Vidas, 286 Aconselhamento, 286 Orientação, 286 Controle das Reações Adversas, 287 Medidas Preventivas, 287 <p>Cuidado Indireto, 287</p> <ul style="list-style-type: none"> Comunicação das Intervenções de Enfermagem, 287 Delegar, Supervisionar e Avaliar o Trabalho de Outros Membros da Equipe, 288 <p>Alcançando as Metas do Cliente, 288</p>	<p>22 Ética e Valores, 313</p> <p>Margaret Eckerm RN, MSN</p> <p>Termos Básicos da Ética da Saúde, 314</p> <ul style="list-style-type: none"> Autonomia, 314 Beneficência, 314 Não Maleficência, 314 Justiça, 314 Fidelidade, 314 <p>Código de Ética da Enfermagem Profissional, 314</p> <ul style="list-style-type: none"> Advocacia, 314 Responsabilidade, 314 Responsabilidade Final, 315 Confidencialidade, 315 <p>Valores, 315</p> <ul style="list-style-type: none"> Formação de Valores, 316 Esclarecimento dos Valores, 316 <p>Ética e Filosofia, 316</p> <ul style="list-style-type: none"> Deontologia, 317 Utilitarismo, 318 Ética Feminista, 318 Ética do Cuidado, 318 Consenso da Bioética, 318 <p>Ponto de Vista da Enfermagem, 318</p> <ul style="list-style-type: none"> Como Processar um Dilema Ético, 319 Recursos Institucionais, 321 <p>Temas sobre Bioética, 321</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualidade de Vida, 321 Triagem Genética, 321 Cuidados Fúteis, 322 Alocação de Recursos Escassos: Acesso ao Cuidado, 322

Alocação de Recursos Escassos: A Escassez de Pessoal de Enfermagem, 322

23 Implicações Legais na Prática da Enfermagem, 326

Janis Waite, RN, MSN, EdD

Limites Legais da Enfermagem. 326

Fontes da Lei, 326

Padrões de Cuidado, 326

Temas Estatutários Federais na Prática da Enfermagem, 327

Lei dos Americanos com Necessidades Especiais, 327

Lei do Tratamento Médico de Emergência e do Trabalho de Parto Ativo, 328

Lei da Paridade da Saúde Mental, 328

Orientações Superiores, 328

Lei Uniforme da Doação Anatômica, 329

Ato das Seguradoras de Saúde e Responsabilidade Final, 329

Contenções, 329

Assuntos Estatutários Estaduais na Prática de Enfermagem, 330

Licenciamento, 330

Leis do Bom Samaritano, 330

Leis de Saúde Pública, 330

Lei da Determinação Padrão da Lei de Morte, 330

Suicídio Assistido pelo Médico, 330

Tópicos da Lei Civil e da Lei Ordinária na Prática de Enfermagem, 331

Danos, 331

Danos Intencionais, 331

Danos Quase-intencionais, 331

Danos Não Intencionais, 332

Consentimento, 332

Aspectos do Aborto, 333

Estudantes de Enfermagem, 334

Seguro Contra Má Prática, 334

Tópicos do Abandono e Designação de Tarefa, 335

Gerenciamento de Risco, 336

Envolvimento Profissional, 337

24 Comunicação, 339

Jeri Burger, RN, PhD

Comunicação e Prática de Enfermagem, 340

Comunicação e Relações Interpessoais, 340

Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação, 340

Níveis de Comunicação, 342

Comunicação Intrapessoal, 342

Comunicação Interpessoal, 342

Comunicação Transpessoal, 342

Comunicação em Grupo Pequeno, 342

Comunicação Pública, 342

Elementos Básicos do Processo de Comunicação, 343

Referente, 343

Emissor e Receptor, 343

Mensagem, 343

Canal, 343

Feedback, 343

Variáveis Interpessoais, 343

Ambiente, 344

Formas de Comunicação, 344

Comunicação Verbal, 344

Comunicação Não Verbal, 344

Comunicação Simbólica, 346

Metacomunicação, 346

Relações Profissionais da Enfermagem, 346

Relações de Ajuda Enfermeiro e Cliente, 346

Relações entre Enfermeira e Família, 347

Relação entre Enfermeira e Equipe de Saúde, 347

Relação entre Enfermeira e Comunidade, 348

Elementos da Comunicação Profissional, 348

Cortesia, 348

Uso de Nomes, 348

Lealdade, 348

Autonomia e Responsabilidade, 348

Assertividade, 348

Comunicação no Processo de Enfermagem, 349

Coleta de Dados, 349

Diagnóstico de Enfermagem, 351

Planejamento, 351

Implementação, 352

Avaliação, 357

25 Educação em Saúde do Cliente, 361

Amy M. Hall, RN, BSN, MS, PhD

Padrões de Educação em Saúde do Cliente, 362

Propósitos da Educação em Saúde do Cliente, 362

Manutenção, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, 363

Restauração da Saúde, 363

Enfrentamento de Funções Prejudicadas, 363

Ensino e Aprendizagem, 363

Papel da Enfermeira no Ensino e na Aprendizagem, 363

Domínios do Aprendizado, 365

Aprendizado Cognitivo, 366

Aprendizado Afetivo, 366

Aprendizado Psicomotor, 366

Princípios Básicos do Aprendizado, 366

Motivação para Aprender, 366

Habilidade para Aprender, 369

Ambiente de Aprendizado, 370

Integração dos Processos de Enfermagem e de Ensino, 370

Coleta de Dados, 371

Diagnóstico de Enfermagem, 374

Planejamento, 376

Implementação, 377

Avaliação, 382

26 Documentação e Informática, 384

Barbara Maxwell, RN, BSN, MS, MSN, SNC

Confidencialidade, 385

Padrões, 386

Comunicação Multidisciplinar na Equipe de Cuidado da Saúde, 386	Efeito da Família sobre o Desenvolvimento de Autoconceito, 416
Propósitos dos Registros, 387	O Efeito da Enfermeira sobre o Autoconceito do Cliente, 416
Comunicação, 387	Pensamento Crítico, 418
Documentação Legal, 387	Autoconceito e o Processo de Enfermagem, 418
Faturamento Financeiro, 387	Coleta de Dados, 418
Educação, 387	Diagnóstico de Enfermagem, 419
Pesquisa, 387	Planejamento, 420
Auditoria-Monitoria, 389	Implementação, 423
Diretrizes para a Qualidade na Documentação e Relatórios, 389	Avaliação, 424
Factual, 389	28 Sexualidade, 426
Preciso, 389	Amy M. Hall, RN, BSN, MS, PhD
Completo, 389	Base do Conhecimento Científico, 427
Atualizado, 389	Desenvolvimento Sexual, 427
Organizado, 390	Orientação Sexual, 428
Métodos de Registro, 391	Contracepção, 429
Documentação Narrativa, 391	Doenças Sexualmente Transmissíveis, 429
Registro Médico Orientado ao Problema, 391	Base de Conhecimentos de Enfermagem, 430
Registros de Fonte, 391	Dimensões Socioculturais da Sexualidade, 430
Registro por Exceção, 393	Questões de Decisão, 431
Plano de Gerenciamento de Caso e Vias Críticas, 394	Alterações da Saúde Sexual, 431
Formulários Comuns Pertencentes ao Prontuário, 397	Pensamento Crítico, 432
Formulários Histórico de Admissão pela Enfermagem, 394	Sexualidade e o Processo de Enfermagem, 432
Registros em Gráficos e Diagramas de Fluxo, 394	Coleta de Dados, 433
Kardex ou Resumo dos Cuidados do Cliente, 397	Diagnóstico de Enfermagem, 434
Registro de Acuidade, 397	Planejamento, 435
Planos de Cuidado Padronizados, 398	Implementação, 436
Formulários de Resumo da Alta, 399	Avaliação, 441
Documentação de Cuidado Domiciliar (<i>home care</i>), 399	29 Saúde Espiritual, 443
Documentação do Cuidado de Saúde a Longo Prazo, 399	Amy M. Hall, RN, BSN, MS, PhD
Relatório, 402	Base do Conhecimento Científico, 444
Relatórios de Troca de Plantão, 402	Base do Conhecimento de Enfermagem, 444
Relatórios Telefônicos, 403	Conceitos Atuais em Saúde Espiritual, 444
Ordens por Telefone ou Verbais, 403	Saúde Espiritual, 446
Relatórios de Transferência, 403	Problemas Espirituais, 446
Relatórios de Incidentes ou Ocorrências, 404	Pensamento Crítico, 447
Informática na Enfermagem, 404	Processo de Enfermagem, 448
Sistemas de Informação de Enfermagem, 405	Coleta de Dados, 449
Sistemas de Informação Clínica, 407	Diagnóstico de Enfermagem, 453
O Registro Eletrônico de Saúde, 407	Planejamento, 453
	Implementação, 456
	Avaliação, 458
Unidade V Base Psicológica para a Prática de Enfermagem	30 A Experiência de Perda, Morte e Luto, 461
27 Autoconceito, 410	Valerie Yancey, RN, PhD
Victoria N. Foise, APRN, BC, LCPC, PhD	Base do Conhecimento Científico, 462
Base do Conhecimento Científico, 411	Perda, 462
Base do Conhecimento de Enfermagem, 411	Luto, 463
Desenvolvimento do Autoconceito, 412	Teorias do Luto e do Lamento, 463
Componentes e Termos Inter-relacionados de Autoconceito, 412	Base de Conhecimento de Enfermagem, 465
Estressores que Afetam o Autoconceito, 415	Fatores que Influenciam a Perda e o Luto, 465

Unidade V Base Psicológica para a Prática de Enfermagem

27 Autoconceito, 410	Pensamento Crítico, 467
Victoria N. Foise, APRN, BC, LCPC, PhD	O Processo de Enfermagem e o Luto, 468
Base do Conhecimento Científico, 411	Coleta de Dados, 468
Base do Conhecimento de Enfermagem, 411	Diagnóstico de Enfermagem, 470
Desenvolvimento do Autoconceito, 412	
Componentes e Termos Inter-relacionados de Autoconceito, 412	
Estressores que Afetam o Autoconceito, 415	

Planejamento, 470
 Implementação, 471
 Avaliação, 480
 O Cuidado para a Enfermeira Enlutada, 482

31 Estresse e Adaptação, 485

Marjorie Bailer, RN, PhD

Base de Conhecimentos Científicos, 486

Bulbo, 486
 Formação Reticular, 486
 Hipófise, 486
 Síndrome de Adaptação Geral, 486
 Tipos de Estresse, 489

Base de Conhecimentos de Enfermagem, 489

Teoria da Enfermagem e o Papel do Estresse, 489
 Fatores Situacionais, Maturacionais e Socioculturais, 490

Pensamento Crítico, 490

Processo de Enfermagem, 491

Coleta de Dados, 491
 Diagnóstico de Enfermagem, 493
 Planejamento, 493
 Implementação, 494
 Avaliação, 499

Unidade VI Base Científica para a Prática de Enfermagem

32 Sinais Vitais, 502

Susan J. fetzer, RN, PA, BSN, MSN, MBA, PhD

Diretrizes para Medição dos Sinais Vitais, 503

Temperatura Corpórea, 504

Fisiologia, 504
 Fatores que Afetam a Temperatura Corpórea, 506
 Processo de Enfermagem e Termorregulação, 508
 Coleta de Dados, 509

Habilidade 32-1: Medindo a Temperatura do Corpo, 510

Diagnóstico de Enfermagem, 517
 Planejamento, 517
 Implementação, 518
 Condução, 520

Pulso, 520

Fisiologia e Regulação, 520
 Avaliação do Pulso, 521

Habilidade 32-2: Avaliando as Pulsações Radial e Apical, 522

Características do Pulso, 527
 Processo de Enfermagem e Determinação do Pulso, 528

Respiração, 528

Controle Fisiológico, 528
 Mecanismo da Respiração, 528

Avaliação da Ventilação, 529

Habilidade 32-3: Avaliando a Respiração, 530

Avaliação da Difusão e Perfusion, 533

Processo de Enfermagem e Sinais Vitais Respiratórios, 533

Habilidade 32-4: Medindo a Saturação do Oxigênio (Oximetria de Pulso), 534

Pressão Arterial, 536

Fisiologia da Pressão Arterial, 536
 Fatores que Influenciam a Pressão Arterial, 536
 Hipertensão, 537
 Hipotensão, 538
 Medição da Pressão Arterial, 538

Habilidade 32-5: Medindo a Pressão Arterial, 539

Processo de Enfermagem e Determinação da Pressão Arterial, 548

Promoção da Saúde e Sinais Vitais, 548

Registrando os Sinais Vitais, 549

33 Avaliação da Saúde e Exame Físico, 552

Elaine Neel, RN, BSN, MSN

Propósitos do Exame Físico, 553

Coletando Dados sobre o Histórico de Saúde, 553
 Desenvolvendo Diagnóstico de Enfermagem e um Plano de Cuidado, 553

Gerenciando os Problemas do Cliente, 553
 Avaliando o Cuidado de Enfermagem, 553

Sensibilidade Cultural, 554

Integração da Avaliação Física ao Cuidado de Enfermagem, 554

Habilidades de Avaliação Física, 554

Inspeção, 554
 Palpação, 554
 Percussão, 555
 Ausculta, 556
 Olfato, 557

Preparo para o Exame, 558

Controle de Infecção, 558
 Ambiente, 558
 Equipamento, 558
 Preparação Física do Cliente, 558
 Preparação Psicológica do Cliente, 560
 Avaliação de Grupos Conforme a Idade, 560

Organização do Exame, 560

Investigação Geral, 562

Aparência Geral e Comportamento, 562
 Sinais Vitais, 564
 Altura e Peso, 564

Pele, Cabelo e Unhas, 566

Pele, 566
 Cabelo e Couro Cabeludo, 570
 Unhas, 574

Cabeça e Pescoço, 576

Cabeça, 576
 Olhos, 576
 Orelhas, 582
 Nariz e Seios Nasais, 585
 Boca e Faringe, 587
 Pescoço, 589

<p>Tórax e Pulmões, 592</p> <ul style="list-style-type: none"> Tórax Posterior, 593 Tórax Lateral, 597 Tórax Anterior, 597 <p>Coração, 599</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeção e Palpação, 599 Ausculta, 600 <p>Sistema Vascular, 602</p> <ul style="list-style-type: none"> Pressão Sanguínea, 603 Artérias Carótidas, 603 Veias Jugulares, 604 Artérias Periféricas e Veias, 605 Sistema Linfático, 609 <p>Mamas, 611</p> <ul style="list-style-type: none"> Mamas Femininas, 611 Mamas Masculinas, 615 <p>Abdome, 616</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeção, 616 Ausculta, 617 Palpação, 618 <p>Genitália e Trato Reprodutivo Femininos, 619</p> <ul style="list-style-type: none"> Preparo da Cliente, 620 Genitália Externa, 620 Exame dos Genitais Internos com Espéculo, 622 <p>Genitália Masculina, 622</p> <ul style="list-style-type: none"> Maturidade Sexual, 622 Pênis, 623 Escroto, 624 Anel e Canal Inguinais, 624 <p>Reto e Ânus, 624</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeção, 625 Palpação Digital, 625 <p>Sistema Musculoesquelético, 625</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeção Geral, 625 Palpação, 625 Variação dos Movimentos das Articulações, 626 Tônus e Força Muscular, 631 <p>Sistema Neurológico, 631</p> <ul style="list-style-type: none"> Status Mental e Emocional, 632 Função Intelectual, 633 Função do Nervo Craniano, 635 Função Sensorial, 635 Função Motora, 636 Reflexos, 637 <p>Após o Exame, 639</p>	<p>Implementação, 652</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Habilidade 34-1: Higiene das Mão, 656</i> <i>Habilidade 34-2: Preparação do Campo Estéril, 672</i> <i>Habilidade 34-3: Assepsia Cirúrgica na Mão, 675</i> <i>Habilidade 34-4: Colocar Avental Estéril e Vestir Luva Fechada, 678</i> <i>Habilidade 34-5: Abrir Embalagem de Luvas, 681</i> <p>Avaliação, 682</p> <p>35 Administração de Medicamentos, 686</p> <p>Sheryl Buckner, RN-BC, MS, CNE</p> <p>Base do Conhecimento Científico, 687</p> <ul style="list-style-type: none"> Legislação para os Medicamentos e sua Padronização, 687 <p>Conceitos Farmacológicos, 688</p> <ul style="list-style-type: none"> Farmacocinética como a Base para a Ação Medicamentosa, 689 Tipos de Ação do Medicamento, 691 Interações Medicamentosas, 692 Respostas à Dose de Medicamento, 693 Vias de Administração, 693 Sistemas de Mensuração de Medicamento, 696 <p>Base do Conhecimento de Enfermagem, 697</p> <ul style="list-style-type: none"> Cálculos Clínicos, 697 O Papel de Quem Prescreve, 699 Tipos de Prescrição em Instituições de Terapia Aguda, 699 Papel do Farmacêutico, 704 Sistemas de Distribuição, 704 Papel da Enfermeira, 705 Erros na Medicação, 706 <p>Pensamento Crítico, 706</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento, 707 Experiência, 707 Atitudes, 707 Padrões, 707 <p>O Processo de Enfermagem e a Administração de Medicamentos, 710</p> <ul style="list-style-type: none"> Coleta de Dados, 710 Diagnóstico de Enfermagem, 711 Planejamento, 712 Implementação, 712 Avaliação, 717 <p>Administração de Medicamentos, 717</p> <ul style="list-style-type: none"> Administração Oral, 717 Aplicações Tópicas de Medicamento, 718 <p><i>Habilidade 35-1: Administrando Medicamentos Orais, 719</i></p> <p><i>Habilidade 35-2: Administrando Medicamentos Oftálmicos, 725</i></p> <p>Administrando Medicamentos Por Inalação, 729</p> <p><i>Habilidade 35-3: Usando Inaladores Dosimetrados ou de Pó Seco, 732</i></p> <p>Administrando Medicamentos por Irrigação, 735</p> <p>Administração Parenteral de Medicamentos, 735</p> <p><i>Habilidade 35-4: Preparando Injeções, 738</i></p> <p>Administrando Injeções, 744</p> <p><i>Habilidade 35-5: Administrando Injeções, 745</i></p>
---	---

- Habilidade 35-6: Adicionando Medicamentos aos Recipientes de Líquidos Intravenosos, 756*
Habilidade 35-7: Administrando Medicamentos por Bolus Intravenoso, 759
Habilidade 35-8: Administrando Medicamentos Intravenosos por Infusão em Paralelo, Conjuntos de Infusão Intravenosa Intermitente e Bombas Mini-infusoras, 764

36 Terapias Complementares e Alternativas, 771

Steven Kilkus, RN, MSN

Terapias de Medicina Complementar Alternativa ou no Cuidado da Saúde, 772

Terapias Acessíveis à Enfermagem, 774

- Terapia de Relaxamento, 775
- Meditação e Respiração, 777
- Imagem, 777

Terapias de Treinamento Específico, 778

- Biofeedback, 778
- Toque Terapêutico, 779
- Terapia Quiroprática, 779
- Medicina Chinesa Tradicional, 780
- Acupuntura, 780
- Terapias com Ervas, 781

Papel da Enfermagem nas Terapias Complementares e Alternativas, 782

Unidade VII Necessidades Humanas Básicas

37 Atividade e Exercício, 786

Rita Wunderlich, RN, MSN(R), PhD

Base de Conhecimento Científico, 787

- Visão geral do Exercício e Atividade, 787
- Regulação do Movimento, 788
- Princípios de Transferência e Técnicas de Posicionamento, 789

Base de Conhecimento de Enfermagem, 790

- Alterações com o Desenvolvimento, 790
- Aspectos Comportamentais, 791
- Questões Ambientais, 791
- Influências Étnicas e Culturais, 792
- Supporte da Família e Social, 792

Pensamento Crítico, 792

Processo de Enfermagem, 793

- Coleta de Dados, 793
- Diagnóstico de Enfermagem, 795
- Planejamento, 795
- Implementação, 796
- Avaliação, 808

38 Segurança do Cliente, 811

Eileen Costantinou, RN, MSN, BC

Base de Conhecimento Científico, 812

- Segurança do Ambiente, 812

- Base de Conhecimento de Enfermagem, 814
 Riscos nos Estágios do Desenvolvimento, 814
 Fatores de Risco Individuais, 816
 Riscos na Instituição de Cuidados de Saúde, 816
Pensamento Crítico, 817
Segurança e o Processo de Enfermagem, 818
 Coleta de Dados, 819
 Diagnóstico de Enfermagem, 822
 Planejamento, 823
 Implementação, 824
Habilidade 38-1: Aplicando as Contenções, 834
Habilidade 38-2: Precauções nas Convulsões, 843
 Avaliação, 846

39 Higiene, 849

Sylvia K. Baird, RN, BSN, MM

Base de Conhecimento Científico, 850

- A Pele, 850
- Os Pés, Mão e Unhas, 851
- A Cavidade Oral, 851
- O Pelo, 852
- Olhos, as Orelhas e o Nariz, 852

Base de Conhecimento de Enfermagem, 852

- Práticas Sociais, 852
- Preferências Pessoais, 852
- Imagem Corporal, 852
- Condição Socioeconômica, 853
- Crenças de Saúde e Motivação, 853
- Variáveis Culturais, 853
- Condição Física, 853

Pensamento Crítico, 853

O Processo de Enfermagem, 854

- Coleta de Dados, 854
- Diagnóstico de Enfermagem, 862
- Planejamento, 863
- Implementação, 864

Habilidade 39-1: Banho do Cliente, 869

Habilidade 39-2: Cuidado Perineal, 877

Habilidade 39-3: Realizando o Cuidado das Unhas e dos Pés, 880

Habilidade 39-4: Higiene Oral, 886

Habilidade 39-5: Cuidado Bucal no Cliente Inconsciente ou Debilitado, 888

Habilidade 39-6: Preparo do Leito Ocupado, 901

Avaliação, 905

40 Oxigenação, 907

Anne G. Perry, RN, EdD, FAAN

Base do Conhecimento Científico, 908

- Fisiologia Cardiovascular, 908
- Fisiologia Respiratória, 910
- Fatores que Afetam a Oxigenação, 911
- Alterações no Funcionamento Cardíaco, 913
- Alterações no Funcionamento Respiratório, 916

Base do Conhecimento de Enfermagem, 916

- Fatores do Desenvolvimento, 916
- Fatores do Estilo de Vida, 917
- Fatores Ambientais, 918

<p>Pensamento Crítico, 918</p> <p>Processo de Enfermagem, 918</p> <ul style="list-style-type: none"> Coleta de Dados, 918 Diagnóstico de Enfermagem, 922 Planejamento ou Prescrição, 922 Implementação, 926 <i>Habilidade 40-1: Aspiração, 934</i> <i>Habilidade 40-2: Cuidado de uma Via Aérea Artificial, 943</i> <i>Habilidade 40-3: Cuidado de Clientes com Drenos Torácicos, 952</i> <i>Habilidade 40-4: Aplicação de uma Cânula Nasal ou Máscara de Oxigênio, 956</i> <i>Habilidade 40-5: Uso de Equipamento de Oxigênio Domiciliar, 961</i> Evolução, 964 	<p>Pensamento Crítico, 1037</p> <p>O Processo de Enfermagem, 1037</p> <ul style="list-style-type: none"> Coleta de Dados, 1037 Diagnóstico de Enfermagem, 1040 Planejamento, 1040 Implementação, 1041 Avaliação, 1049
<p>41 Equilíbrio Hidroeletrólítico e Acidobásico, 966</p> <p>Wendy Ostendorf, BSN, MS, EdD</p> <p>Base do Conhecimento Científico, 967</p> <ul style="list-style-type: none"> Distribuição dos Líquidos Corporais, 967 Composição dos Líquidos Corporais, 967 Movimento dos Líquidos Corporais, 967 Controle dos Líquidos Corporais, 969 Regulação de Eletrólitos, 970 Regulação do Equilíbrio Ácido-Básico, 971 Distúrbios nos Equilíbrios Hidroeletrólíticos e Ácido-Básico, 972 <p>Base do Conhecimento de Enfermagem, 977</p> <p>Pensamento Crítico, 977</p> <p>Processo de Enfermagem, 978</p> <ul style="list-style-type: none"> Coleta de Dados, 978 Diagnóstico de Enfermagem, 984 Planejamento, 987 Implementação, 989 <i>Habilidade 41-1: Início da Terapia Intravenosa, 994</i> <i>Habilidade 41-2: Controle da Frequência de Fluxo Intravenoso, 1007</i> <i>Habilidade 41-3: Manutenção do Sistema Intravenoso, 1013</i> <i>Habilidade 41-4: Troca de Curativo do Acesso Venoso Periférico, 1019</i> Evolução, 1025 	<p>43 Controle da Dor, 1051</p> <p>Joan Wentz, RN, MSN</p> <p>Base do Conhecimento Científico, 1052</p> <ul style="list-style-type: none"> Natureza da Dor, 1052 Fisiologia da Dor, 1052 Tipos de Dor, 1055 <p>Base do Conhecimento de Enfermagem, 1056</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimento, <i>Atitudes e Crenças, 1056</i> Fatores que Influenciam a Dor, 1057 <p>Pensamento Crítico, 1059</p> <p>Processo de Enfermagem e Dor, 1060</p> <ul style="list-style-type: none"> Coleta de Dados, 1060 Diagnóstico de Enfermagem, 1066 Planejamento, 1066 Implementação, 1068 Avaliação, 1082
<p>44 Nutrição, 1085</p> <p>Patricia A. Stockert, RN, BSN, MS, PhD</p> <p>Base do Conhecimento Científico, 1086</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutrientes: As Unidades Bioquímicas da Nutrição, 1086 Anatomia e Fisiologia do Sistema Digestório, 1088 Diretrizes em Dieta, 1089 <p>Base do Conhecimento em Enfermagem, 1090</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutrição durante o Crescimento e o Desenvolvimento Humano, 1090 Padrões Alimentares Alternativos, 1094 <p>Pensamento Crítico, 1094</p> <p>Processo de Enfermagem e Nutrição, 1096</p> <ul style="list-style-type: none"> Coleta de Dados, 1097 Diagnóstico de Enfermagem, 1101 Planejamento, 1101 Implementação, 1105 <i>Habilidade 44-1: Precauções sobre Aspiração, 1103</i> <i>Habilidade 44-2: Inserção de Sonda Nasoenterica de Pequeno Diâmetro para Alimentações Enterais, 1113</i> <i>Habilidade 44-3: Administração das Alimentações Enterais das Sondas Nasogástricas, por Gastronomia ou Jejunostomia, 1118</i> Avaliação, 1127 	<p>45 Eliminação Urinária, 1129</p> <p>Judith Ann Kilpatrick, RN, MSN, DNSc</p> <p>Base do Conhecimento Científico, 1130</p> <ul style="list-style-type: none"> Rim, 1130 Ureteres, 1131

Bexiga, 1131	
Uretra, 1131	
O Ato de Micção, 1131	
Base do Conhecimento de Enfermagem, 1135	
Controle de Infecções e Higiene, 1135	
Crescimento e Desenvolvimento, 1135	
Tônus Muscular, 1135	
Considerações Psicossociais, 1136	
Considerações Culturais, 1136	
Pensamento Crítico, 1136	
Processo de Enfermagem e Alterações na Função Urinária, 1136	
Coleta de Dados, 1136	
<i>Habilidade 45-1: Coleta de Amostra de Urina de Jato Médio (Urina Limpa), 1142</i>	
Diagnóstico de Enfermagem, 1146	
Planejamento, 1148	
Implementação, 1149	
<i>Habilidade 45-2: Inserção de um Cateter Reto ou Permanente, 1154</i>	
<i>Habilidade 45-3: Cuidados com um Cateter Permanente, 1162</i>	
<i>Habilidade 45-4: Irrigação por Cateter Fechado, 1166</i>	
Avaliação, 1172	
46 Eliminação Intestinal, 1174	
Lori Klingman, RN, MSN	
Base do Conhecimento Científico, 1175	
Boca, 1175	
Esôfago, 1175	
Estômago, 1175	
Intestino Delgado, 1175	
Intestino Grosso, 1176	
Ânus, 1176	
Defecação ou Evacuação, 1176	
Base do Conhecimento de Enfermagem, 1176	
Fatores que Afetam a Eliminação Intestinal, 1176	
Problemas Comuns na Eliminação Intestinal, 1178	
Desvios Intestinais, 1181	
Pensamento Crítico, 1181	
Processo de Enfermagem e Eliminação Intestinal, 1185	
Coleta de Dados, 1185	
Diagnóstico de Enfermagem, 1188	
Planejamento, 1189	
Implementação, 1192	
<i>Habilidade 46-1: Administrando um Enema de Limpeza, 1200</i>	
<i>Habilidade 46-2: Inserção e Manutenção de Sonda Nasogástrica para a Descompressão Gástrica, 1204</i>	
<i>Habilidade 46-3: Bolsa de Ostomia, 1211</i>	
Avaliação, 1217	

Unidade VIII Clientes com Necessidades Especiais

47 Mobilidade e Imobilidade, 1219

Ann Tritak, BS, MS, EdD

Base do Conhecimento Científico, 1220

Natureza do Movimento, 1220

Fisiologia e Regulação do Movimento, 1220

Influências Patológicas sobre a Mobilidade, 1223

Base do Conhecimento de Enfermagem, 1224

Manuseio Seguro do Paciente, 1224

Mobilidade-Imobilidade, 1225

Pensamento Crítico, 1230

Processo de Enfermagem para o Comprometimento da Mobilidade e do Alinhamento Corporal, 1230

Coleta de Dados, 1230

Diagnóstico de Enfermagem, 1240

Planejamento, 1240

Implementação, 1241

Habilidade 47-1: Movimentação e Posicionamento de Pacientes no Leito, 1252

Habilidade 47-2: Utilização de Técnicas de Segurança Efetivas e Seguras, 1265

Avaliação, 1277

48 Integridade da Pele e Cuidados de Feridas, 1279

Janice C. Colwell, RN, MS, CWOCN, FAAN

Base do Conhecimento Científico, 1280

Pele, 1280

Úlceras de Pressão, 1280

Classificação das Úlceras de Pressão, 1283

Classificações das Feridas, 1285

Base do Conhecimento de Enfermagem, 1290

Predisão e Prevenção de Úlceras de Pressão, 1290

Fatores que Influenciam a Formação de Úlceras de Pressão e a Cicatrização de Feridas, 1292

Pensamento Crítico, 1293

Processo de Enfermagem, 1294

Coleta de Dados, 1292

Habilidade 48-1: Avaliação de Riscos de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, 1296

Diagnóstico de Enfermagem, 1301

Planejamento, 1301

Implementação, 1305

Habilidade 48-2: Tratamento de Úlceras de Pressão, 1309

Habilidade 48-3: Aplicação de Curativos Secos e Úmidos, 1315

<i>Habilidade 48-4: Implementação de Terapia para Feridas Por Pressão Negativa, 1322</i>	O Processo de Enfermagem na Fase do Pré-Operatório, 1369
<i>Habilidade 48-5: Realização da Irrigação de uma Ferida, 1326</i>	Coleta de Dados, 1370
<i>Habilidade 48-6: Aplicação de uma Cinta Abdominal, 1332</i>	Diagnóstico de Enfermagem, 1378
<i>Habilidade 48-7: Aplicação de uma Bandagem ou Atadura Elástica, 1334</i>	Planejamento, 1379
<i>Habilidade 48-8: Aplicação de uma Compressa Quente e Úmida e a uma Ferida Aberta, 1338</i>	Implementação, 1381
Avaliação, 1340	<i>Habilidade 50-1: Demonstrando os Exercícios Pós-Operatórios, 1382</i>
49 Alterações Sensoriais, 1342	Avaliação, 1391
Jill Weberski, RN, MSN, PCCN, CNS	Transporte para a Sala de Cirurgia, 1391
Base do Conhecimento Científico, 1343	Fase Cirúrgica Intraoperatória, 1392
Sensação Normal, 1343	Área Pré-operatória (de Espera), 1392
Alterações Sensoriais, 1344	Admissão na Sala de Cirurgia, 1392
Base do Conhecimento de Enfermagem, 1345	O Processo de Enfermagem na Fase Intraoperatória, 1393
Fatores que Afetam a Função Sensorial, 1345	Coleta de Dados, 1393
Pensamento Crítico, 1346	Diagnóstico de Enfermagem, 1393
Processo de Enfermagem, 1348	Planejamento, 1393
Avaliação, 1348	Implementação, 1393
Diagnóstico de Enfermagem, 1352	Avaliação, 1393
Planejamento, 1353	Fase Cirúrgica Pós-Operatória, 1394
Implementação, 1356	Recuperação Pós-Operatória Imediata, 1394
Avaliação, 1362	Alta da Unidade de Cuidado Pré-Anestésico, 1396
50 Cuidado de Clientes Cirúrgicos, 1366	Recuperação da Cirurgia Ambulatorial, 1395
Lynn Schallom, MSN, CCRN, CCNS	Convalescência Pós-Operatória, 1397
História da Enfermagem Cirúrgica, 1367	O Processo de Enfermagem no Cuidado Pós-Operatório, 1397
Cirurgia Ambulatorial, 1367	Coleta de Dados, 1398
Base de Conhecimento Científico, 1367	Diagnóstico de Enfermagem, 1400
Classificação da Cirurgia, 1367	Planejamento, 1400
Base de Conhecimento de Enfermagem, 1369	Implementação, 1402
Pensamento Crítico, 1369	Avaliação, 1408
	Referências, 1411
	Respostas do Teste de Revisão ao Estilo NCLEX®, 1442
	Relação de Quadros e Figuras Especiais, 1445

5 | Prática Baseada em Evidências

OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Discutir os benefícios da prática baseada em evidências.
- Descrever as cinco etapas da prática baseada em evidências.
- Desenvolver uma pergunta PICO.
- Explicar os níveis de evidência na literatura.
- Discutir formas de aplicação das evidências à prática.
- Explicar como a pesquisa em enfermagem melhora a prática da enfermagem.
- Discutir as etapas do processo de pesquisa.
- Discutir prioridades das pesquisas em enfermagem.
- Explicar a relação entre prática baseada em evidências e melhoria da qualidade.
- Descrever os componentes de um programa de melhoria da qualidade.

TERMOS-CHAVE

Anonimato, p. 63
Confidencialidade, p. 63
Confiável, p. 61
Consentimento informado, p. 63
Dados empíricos, p. 61
Estudo experimental, p. 62
Generalizável, p. 61
Hipótese, p. 59
Levantamento de dados, p. 62
Método científico, p. 61
Melhoria da qualidade (MQ), p. 64
Orientações clínicas, p. 57
Pergunta PICO, p. 55
Pesquisa de avaliação, p. 62

Pesquisa em enfermagem, p. 60
Pesquisa qualitativa de enfermagem, p. 62
Pesquisa quantitativa de enfermagem, p. 61
Prática baseada em evidências (PBE), p. 54
Processo de pesquisa, p. 62
Raciocínio indutivo, p. 62
Revisão por pares, p. 56
Melhoria do desempenho (MD), p. 64
Tendência, p. 58
Válido, p. 61
Variáveis, p. 59

Rick trabalha há mais de 5 anos na emergência como enfermeiro. Ao longo desse período, as enfermeiras têm seguido uma política de restrição das visitas da família aos pacientes que experimentam eventos críticos que exigem reanimação de emergência. A política permite que as enfermeiras cuidem do paciente e administrem cuidado salvador da vida sem interferência da família. As enfermeiras admitem que a experiência de assistir à reanimação de um ente querido é muito traumática para os membros da família. Entretanto, Rick tem observado que as famílias dos pacientes submetidos a reanimação experimentam um estresse significativo quando não podem ficar junto do ente querido. Mais tarde, após a reanimação, a equipe pode enfrentar raiva ou ressentimento por parte das famílias. Rick levantou a questão com as outras enfermeiras no departamento: “Quais são os benefícios da visita da família durante a reanimação? É possível que a presença da família durante a reanimação venha a melhorar os resultados para as famílias?”

A maioria das enfermeiras como Rick pratica a enfermagem de acordo com o que aprende na escola de enfermagem, por meio das experiências na prática e pelas políticas e procedimentos de sua instituição. Tal abordagem da prática não significa que a prática da enfermagem se baseia em informação atualizada. Pode significar que a prática da enfermagem baseia-se na tradição, e não nas evidências atuais. Se Rick fosse buscar artigos da literatura científica sobre a presença da família durante a reanimação, ele descobriria as evidências que mostram os benefícios desta abordagem (Meyers e outros, 2000; Clark e outros, 2005). A evidência proveniente dos estudos de pesquisa e a opinião de especialistas em cuidado clínico fornecem uma base para Rick e seus colegas fazerem mudanças na política de visitação com base em evidências. A utilização de evidências na prática capacita clínicos como Rick a fornecer a mais alta qualidade de cuidado a seus clientes e famílias.

Um Caso de Evidência

As enfermeiras praticam em uma “era de responsabilidade” na qual questões relativas a qualidade e custos orientam o cuidado da saúde (Kizer e outros, 2000; Newhouse e outros, 2005). O público geral está mais informado sobre sua própria saúde, sobre as questões de cuidado da saúde que afetam a sociedade e sobre a incidência de erros médicos dentro das instituições de cuidado da saúde no país. Está sendo feito um exame minucioso sobre por que determinadas abordagens de cuidado da saúde são usadas, sobre quais funcionam e quais não o fazem. Como resultado, a prática baseada em evidências (PBE) é uma resposta às amplas forças da sociedade que as enfermeiras e outros profissionais da saúde precisam enfrentar (Newhouse e outros, 2005). A PBE é um guia para as enfermeiras estruturarem a forma como tomar decisões clínicas acuradas, oportunas e apropriadas.

As enfermeiras clínicas regularmente confrontam-se com importantes decisões clínicas ao cuidar dos pacientes (p. ex., o que avaliar no paciente, que intervenções são necessárias e quais intervenções são melhores). É muito importante traduzir a melhor evidência em melhores práticas à beira do leito. O uso de uma tábua deslizante para transferir o paciente do leito para a maca, em vez de levantá-lo, e o uso da escala de Braden baseada em pesquisa para avaliar rotineiramente o risco do cliente para lesão da pele são formas de usar evidência à beira do leito. A **prática baseada em evidências (PBE)** é uma abordagem de solução de problema da prática clínica que integra o uso consciente da melhor evidência à experiência do clínico e às preferências e aos valores do cliente na tomada de decisões sobre o cuidado prestado (Fig. 5-1) (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005; Sackett e outros, 2000).

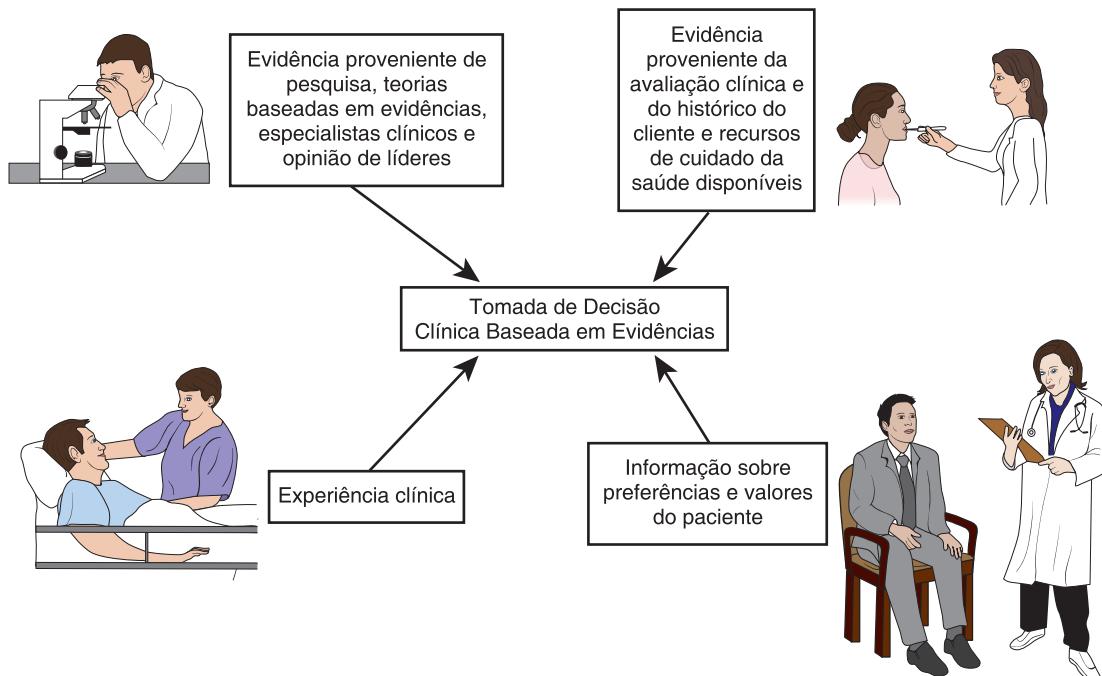


Figura 5-1 Modelo de tomada de decisão clínica baseada em evidências.

Como enfermeira, você precisa permanecer informada e conhecer as evidências atuais. De modo típico, os novos estudantes lerão diligentemente seus livros-texto e se reportarão a artigos científicos. Um bom livro-texto incorpora evidência às orientações de prática e aos procedimentos que descreve. Entretanto, um livro-texto conta com a literatura científica, em geral desatualizada pelo tempo de publicação do livro. Quase todos os tópicos envolvendo a prática de enfermagem estão disponíveis em artigos da literatura sobre enfermagem e cuidado da saúde. Entretanto, embora a base científica da prática de enfermagem tenha crescido, algumas práticas não são “baseadas em pesquisa” (baseadas em achados de estudos de pesquisa bem planejados), porque os achados são inconclusivos ou as práticas ainda não foram estudadas (Titler e outros, 2001). O desafio é ser capaz de obter o melhor, a informação mais atual no momento certo, quando você precisa dela para o cuidado do cliente.

A melhor informação é a evidência fornecida por estudos de pesquisa conduzidos sistematicamente e bem planejados, a maioria encontrada em jornais científicos. Infelizmente, grande parte desta evidência nunca atinge a beira do leito. As enfermeiras em ambientes de prática, ao contrário dos ambientes educacionais, com frequência não têm acesso fácil aos bancos de dados da literatura científica. Em vez disso, as enfermeiras, em geral, cuidam dos clientes com base na tradição, na conveniência ou no padrão: “Sempre foi feito desta forma.”

Outra fonte de informação provém da evidência de não-pesquisa, que inclui dados de melhoria da qualidade e controle de risco; padrões internacionais, nacionais e locais; dados de controle de infecção, revisões de quadro de referência, retrospectivos ou concorrentes; e experiência dos clínicos. É importante que você aprenda a contar mais com a evidência de pesquisa do que apenas com a evidência de não-pesquisa. Ao enfrentar um problema clínico, pergunte-se sempre onde está a melhor evidência para ajudá-la a encontrar a melhor solução no cuidado dos clientes.

Mesmo quando você usa a melhor evidência disponível, a aplicação e os resultados irão diferir com base nos valores, preferências, preocupações e/ou expectativas dos pacientes (Oncology Nursing Society [ONS], 2005). A PBE não é achar evidência de pesquisa e aplicá-la cegamente sem usar bom julgamento. Como enfermeira, você desenvolverá habilidades de pensamento crítico para determinar se a evidência é relevante e apropriada aos seus pacientes e à situação clínica. Por exemplo, um único artigo de pesquisa sugere que o uso do toque terapêutico é consistentemente eficaz na redução da dor de uma incisão abdominal. Entretanto, se as crenças culturais dos pacientes impedirem a utilização do toque, você provavelmente precisará pesquisar a melhor terapia baseada em evidências que os clientes aceitarão. A utilização de sua experiência clínica e a consideração dos valores e preferências dos pacientes asseguram que você aplicará, segura e apropriadamente, a evidência disponível na prática. A pesquisa mostra que os clientes que recebem cuidado baseado em evidências mais recentes e melhores que provêm de estudos de pesquisa bem planejados experimentam 28% dos melhores resultados (Heater e outros, 1988).

Etapas da Prática Baseada em Evidências

A PBE é uma abordagem sistemática para tomada de decisão racional que facilita a consecução das melhores práticas (Newhouse e outros, 2005). O emprego de uma abordagem etapa por etapa assegura que você obterá a evidência mais forte disponível para aplicar no cuidado ao cliente. São cinco as etapas da PBE (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005):

1. Faça uma pergunta clínica.
2. Reúna as evidências mais relevantes e melhores.

3. Analise criticamente as evidências que reuniu.
4. Integre todas as evidências à experiência clínica e às preferências e aos valores do paciente ao tomar uma decisão de prática ou fazer uma mudança.
5. Avalie a decisão de prática ou mudança.

Faça a Pergunta Clínica. Pense sempre em sua prática ao cuidar de um cliente. Indague sobre o que não faz sentido para você e sobre o que precisa de esclarecimento. Pense em algum problema ou área de interesse que consuma tempo, seja caro e ilógico (Callister e outros, 2005). Se você dispuser de um periódico clínico, seu acesso a ele será uma rica fonte de perguntas clínicas. Titler e outros (2001) sugerem que se usem deflagradores focalizados no problema/conhecimento para pensar criticamente sobre questões da unidade de enfermagem clínica e operacional. O deflagrador focalizado no problema é aquele que você encara ao cuidar de um paciente ou uma tendência que você observa em uma unidade de enfermagem. Por exemplo, ao cuidar de um cliente inconsciente, você pensa: Qual a melhor solução para usar ao fazer o cuidado da boca deste cliente? Exemplos de tendências focalizadas no problema incluem o número crescente de quedas entre pacientes ou a incidência de infecções do trato urinário em uma unidade de enfermagem. Tais tendências o levam a perguntar: “Como posso reduzir as quedas em minha unidade?” ou “Qual a melhor forma de evitar infecções do trato urinário nos clientes pós-operatórios?”

O deflagrador focalizado em conhecimento é uma pergunta relativa à nova informação disponível sobre um tópico. Por exemplo: “Qual a evidência atual para melhorar o controle da dor em clientes com cefaleia?” Fontes importantes deste tipo de informação são os padrões e as orientações de prática disponíveis de instituições americanas como a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), a American Pain Society (APS), ou a American Association of Critical Care Nurses (AACN). Outras fontes de deflagradores focalizados em conhecimento incluem as publicações de pesquisa recente e os especialistas em enfermagem dentro de uma organização (Titler e outros, 1994).

As perguntas que você faz acabarão levando-o à evidência de uma resposta. Quando você faz uma pergunta e procura então a literatura científica, você não quer ler 100 artigos para descobrir aqueles que são mais úteis. Você quer ser capaz de ler os quatro a seis melhores artigos que tratam especificamente da sua pergunta de prática. Melnyk e Fineout-Overholt (2005) sugerem que se use o formato PICO* para fazer perguntas. Os quatro elementos de uma **pergunta PICO** estão resumidos no Quadro 5-1. Quanto mais focalizada a pergunta que fizer, mais rápida a pesquisa por evidências na literatura científica. Por exemplo, uma pergunta PICO bem formulada é: *O uso de distração terapêutica (I), comparado com a reorientação padrão no ambiente (C), reduz a incidência de perambulação (O) em pacientes com demência (P)?* Outro exemplo é: *A pressão sanguínea do paciente (P) é mais acurada (O) quando medida com o paciente com a perna cruzada (I) versus o pé do paciente no chão (C)?* Observe que uma pergunta PICO bem formulada não precisa seguir a sequência de P, I, C e O. O objetivo é fazer uma pergunta que contenha o máximo dos elementos PICO.

Perguntas inapropriadamente formuladas (p. ex., Qual a melhor forma de reduzir a perambulação? Qual a melhor forma de medir a pressão sanguínea?) provavelmente levarão a muitas fontes de informação irrelevantes, dificultando a descoberta da melhor evidência. O formato PICO permite que você faça perguntas focalizadas na inter-

*PICO representa um acrônimo para paciente ou população de paciente, intervenção, comparação ou controle, *outcomes* (resultado ou desfecho).

QUADRO 5-1 Desenvolvimento de uma Pergunta PICO

P = População de pacientes de interesse

Identifique os pacientes por idade, sexo, etnia, e doença ou problema de saúde

I = Intervenção de interesse

Qual a intervenção que vale a pena usar na prática (p. ex., um tratamento, exame diagnóstico, fator prognóstico)?

C = Comparação ou Controle de interesse

Qual é o padrão de cuidado ou intervenção atual usada agora na prática?

O = Resultado (Outcome)

Que resultado quer atingir ou observar como resultado de uma intervenção (p. ex., mudança no comportamento do paciente, achado físico, percepção do paciente)?

venção. Para perguntas que não são focalizadas na intervenção, o significado da letra *I* pode ser “área de interesse” (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005). Por exemplo: *Qual a diferença em termos de retenção (O) de novos graduados em enfermagem (P) que têm experiência anterior como auxiliar de enfermagem (I) versus aqueles que não têm (C)?* Algumas perguntas nem sempre contêm todos os elementos de PICO. Um exemplo é uma pergunta significativa: *Como os pacientes com fibrose cística (P) graduam a qualidade de vida (O)?* Esta pergunta contém apenas os elementos **P** e **O**.

As perguntas que você levanta usando o formato PICO ajudam a identificar lacunas de conhecimento em uma situação clínica. Quando você formula perguntas bem pensadas, o tipo de evidência para a prática clínica torna-se mais claro. Exemplos de diferentes lacunas de conhecimento incluem os seguintes (ONS, 2005):

- *Diagnóstico:* Perguntas sobre a seleção e interpretação de exames diagnósticos. Exemplo: O uso de um termômetro oral descartável, comparado com um termômetro oral eletrônico, mede acuradamente a temperatura corporal no cliente com um tubo endotraqueal?
- *Prognóstico:* Perguntas sobre o provável resultado clínico do cliente. Exemplo: Existe diferença na incidência de trombose de veia profunda nos clientes cirúrgicos que recebem heparina subcutânea em comparação com heparina de baixo peso molecular?
- *Terapia:* Perguntas sobre a seleção dos tratamentos mais benéficos. Exemplo: Que esquema para o intestino é mais eficaz no alívio da constipação causada pela administração de terapia opioide em clientes com dor crônica?
- *Prevenção:* Perguntas sobre rastreamento e métodos de prevenção para reduzir o risco de doença. Exemplo: O desempenho do exame de antígeno específico da próstata (PSA) no idoso sem sintomas de doença da próstata reduz seu risco de mortalidade por câncer de próstata?
- *Educação:* Perguntas sobre as melhores estratégias de ensino para colegas, clientes ou membros da família. Exemplo: O uso de auxiliares visuais, em comparação com folhetos de ensino para pessoas com pouca instrução, é uma estratégia de ensino mais eficaz para educar adultos pouco instruídos sobre dietas terapêuticas?

Lembre-se, não se satisfaça com as rotinas clínicas. Pergunte sempre e use pensamento crítico para considerar as melhores formas de cuidado do cliente.

Reúna as Melhores Evidências. Uma vez que você tenha uma pergunta PICO clara e concisa, você está pronto para buscar as

TABELA 5-1 Bancos de Dados e Fontes de Literatura Científica Pesquisáveis

BANCOS DE DADOS	FONTES
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality. Inclui orientações clínicas e resumos de evidências http://www.ahrq.gov
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature. Inclui estudos em enfermagem, saúde aliada e biomedicina. http://www.cinahl.gov
MEDLINE	Inclui estudos em medicina, enfermagem, odontologia, psiquiatria, veterinária e saúde aliada. http://www.ncbi.nlm.nih.gov
EMBASE	Estudos biomédicos e farmacêuticos http://www.embase.com
PsycINFO	Psicologia e disciplinas de cuidado da saúde associadas. http://www.apa.org/psycinfo/
Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas	Texto completo de revisões sistemáticas atualizadas regularmente preparadas pela Cochrane Collaboration. Inclui revisões e protocolos completos. http://cochrane.org/reviews
National Guidelines Clearinghouse	Repositório de abstratos (sumários) sobre orientações clínicas e seu desenvolvimento. Também inclui versão condensada de orientação para observação. http://www.guideline.gov
PubMed	Biblioteca de ciência da saúde na National Library of Medicine. Oferece acesso gratuito aos artigos de periódicos. http://www.nlm.nih.gov
Jornal on-line de Síntese do Conhecimento para Enfermagem	Jornal eletrônico contendo artigos que fornecem uma síntese de pesquisa e uma bibliografia comentada para referências selecionadas.

evidências. Você encontrará as evidências de que precisa em uma variedade de fontes: manuais de política e procedimento da instituição, dados de melhoria da qualidade, orientações de prática clínica existentes, ou bancos de dados bibliográficos computadorizados. Não hesite em pedir ajuda para encontrar as evidências apropriadas. Sua faculdade sempre será uma fonte-chave. Já no ambiente de cuidado da saúde, considere consultar especialistas como enfermeiras de prática avançada, educadores de equipe, administradores de risco e enfermeiras de controle de infecção.

Ao procurar evidência na literatura científica, convém buscar a ajuda de um bibliotecário para assuntos médicos. Este profissional conhece os vários bancos de dados disponíveis para você (Tabela 5-1). Os bancos de dados são um depósito dos estudos científicos publicados, incluindo pesquisa revisada por pares. Um artigo **revisado por pares** significa que um painel de especialistas familiarizados com o tópico ou tema principal do artigo o revisou. O bibliote-

cário está disponível para ajudá-lo a traduzir sua pergunta PICO em uma linguagem ou palavras-chave que produzirão a melhor pesquisa de evidência. Ao conduzir uma pesquisa, é necessário entrar ou manipular diferentes palavras-chave até que você obtenha a combinação que lhe dê os artigos-chave que quer ler sobre sua pergunta. Ao entrar com uma palavra para pesquisar no banco de dados, é bom estar preparado para alguma confusão com as evidências que obtém. O vocabulário dos artigos publicados em geral é vago. Algumas vezes a palavra que você seleciona tem um significado muito diferente para os diversos autores. O bibliotecário pode ensiná-lo a escolher palavras ou termos alternativos que identifiquem sua pergunta PICO e, assim, você pode obter evidência relevante.

Entre os bancos de dados mais abrangentes conhecidos estão o MEDLINE e o CINAHL, que representam a base do conhecimento científico sobre cuidado da saúde (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005). Dos diversos bancos de dados, alguns são comprados, outros são gratuitos, e outros ainda estão disponíveis nas duas opções. Como estudante, você terá acesso a uma assinatura institucional paga por sua faculdade. Um dos vendedores mais conhecidos é o OVID, que oferece vários bancos de dados diferentes. Também existem bancos de dados gratuitos na Internet. O Cochrane Database of Systematic Reviews é uma fonte valiosa de evidência sintetizada (*i.e.*, evidência pré-avaliada). O banco de dados Cochrane inclui o texto completo de revisões sistemáticas e protocolos regularmente atualizados das revisões em andamento. Grupos de revisão colaborativos preparam e mantêm as revisões. Os protocolos fornecem a base, os objetivos e os métodos para as revisões em andamento (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005). O National Guidelines Clearinghouse (NGC) é um banco de dados mantido pela AHRQ. Ele contém **diretrizes clínicas**, informes desenvolvidos sistematicamente sobre um plano de cuidado para um grupo específico de circunstâncias clínicas envolvendo uma população específica de pacientes. Os exemplos de diretrizes clínicas do NGC incluem o cuidado de crianças e adolescentes com diabetes tipo I e orientações de prática para o tratamento de adultos com lombalgia. O NGC é valioso no desenvolvimento de um plano de cuidado para um cliente (Cap.18).

A pirâmide na Figura 5-2 representa a hierarquia das evidências disponíveis. Nesse ponto de sua carreira como enfermeira, você não pode ser uma especialista em todos os aspectos dos tipos de estudos conduzidos. Entretanto, você pode aprender bastante sobre os tipos de estudos para ajudá-la saber quais têm a melhor evidência científica. No alto da pirâmide encontram-se revisões sistemáticas ou metanálises. Estas revisões são o coração da PBE (Stevens, 2001). Um painel de especialistas revisa as evidências sobre uma questão clínica específica e resume o estado da ciência. Uma revisão sistemática ou metanálise revisa apenas os estudos que são ensaios controlados randomizados (ECRs).

Um ECR é o nível mais alto de pesquisa experimental, quando os pesquisadores testam uma intervenção (p. ex., nova droga, terapia ou método de educação) contra o padrão usual de cuidado (Quadro 5-2). Os pesquisadores designam aleatoriamente indivíduos para um grupo-controle ou para um grupo de tratamento. Em outras palavras, todos os indivíduos em um estudo têm a mesma chance de estar em ambos os grupos. O grupo de tratamento recebe a intervenção experimental, e o grupo-controle recebe o padrão usual de cuidado. Os pesquisadores medem ambos os grupos para os mesmos resultados, para ver se existe uma diferença. Quando o ECR é completado, o pesquisador vem a saber se a intervenção leva a melhores resultados que o padrão de cuidado.

Em uma revisão sistemática ou metanálise, o pesquisador independente revisa todos os ECRs conduzidos sobre a mesma indagação clínica e relata se a evidência é conclusiva e a favor da intervenção ou se e quando é necessário estudo adicional. Uma revisão sistemática é



Figura 5-2 Hierarquia das evidências. ECRs, ensaios controlados randomizados. (Modificado de Guyatt G, Rennie D: *User's guide to the medical literature*, Chicago, 2002, American Medical Association; Melnyk BM, Fineout-Overholt E: *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*, Philadelphia, 2005, Lippincott Williams & Wilkins.)

QUADRO 5-2 Exemplo de um Ensaio Controlado Randomizado (ECR)

Pergunta da pesquisa: O uso de um programa educacional formal para pacientes sob risco de diabetes, em comparação com o panfleto educacional tradicional, melhora o nível de glicose sanguínea do paciente e o controle do peso?

Indivíduos: 130 pacientes adultos com fatores de risco de diabetes que visitam uma clínica médica local.

Randomização: Os pacientes foram distribuídos randomicamente para um de dois grupos usando uma tabela de números aleatórios.

Grupo de tratamento: 65 pacientes participaram de uma classe de 8 horas sobre prevenção de diabetes, com discussão em grupo, leitura e uso de programa de computador interativo.

Grupo-controle: 65 pacientes receberam um panfleto impresso esboçando os riscos de diabetes e estratégias de promoção da saúde.

Medida do resultado: Ambos os grupos tiveram níveis de glicose sanguínea e peso medidos antes de receber educação e a cada mês, durante 3 meses, após recebê-la.

Análise: Os testes estatísticos comparando os níveis de glicose sanguínea e o peso nos dois grupos mostrarão se o tratamento tem o efeito previsto.

a resposta perfeita a uma pergunta PICO. Ela explicará se a evidência que você está pesquisando existe. Na Cochrane Library, todas as entradas incluem informação sobre revisões sistemáticas. Caso você use MEDLINE ou CINAHL, entre com a expressão “revisão siste-

mática” ou com o tópico MeSH de *medicina baseada em evidências* para obter revisões sistemáticas.

Como se vê na pirâmide de hierarquia na Figura 5-2, o nível de rigor ou exatidão com que um estudo é conduzido se move para baixo da pirâmide. O ECR é a forma mais precisa de estudo experimental. Um único ECR não é tão conclusivo quanto uma revisão de vários ECRs sobre a mesma pergunta. Entretanto, um único ECR que teste a intervenção incluída em sua pergunta produzirá evidência muito útil. Ensaios controlados sem randomização são estudos que testam intervenções, mas os pesquisadores não distribuem aleatoriamente os indivíduos em grupos-controle ou de tratamento. Assim, existe **tendenciosidade** na forma como o estudo é conduzido. Alguns achados são distorcidos em função da forma como o estudo foi planejado. Ao testar uma intervenção, o pesquisador quer ter a maior certeza possível de que a intervenção é a razão dos resultados desejados. Em um ensaio controlado não-randomizado, a forma como os indivíduos caem no grupo-controle ou de tratamento algumas vezes influencia os resultados. Isto sugere que a intervenção testada não foi o único fator claro a influenciar os resultados do estudo.

Um estudo de controle de caso é aquele em que os pesquisadores estudam ao mesmo tempo um grupo de indivíduos com uma determinada condição (p. ex., asma) e outro grupo de indivíduos que não têm a condição. Um estudo de controle de caso determina se existe uma associação entre uma ou mais variáveis preditoras e a condição (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005). Por exemplo, existe uma associação entre variáveis preditoras como histórico familiar, exposição ambiental à poeira, ou nutrição e a incidência de asma? Com frequência, um estudo de controle de caso é conduzido retrospectivamente, ou após o fato. Os pesquisadores voltam no tempo e revisam os dados disponíveis sobre os dois grupos de indivíduos para compreender quais variáveis explicam a condição. Estes estudos são realizados com um pequeno número de indivíduos, mas ainda existe um risco de tendenciosidade ou viés. Algumas vezes, os indivíduos nos dois grupos diferem em outras variáveis (p. ex., magnitude de estresse ou histórico de alergias de contato) que também influenciam a incidência da condição, mais do que as variáveis sob estudo.

Os ECRs individuais são o padrão-ouro para pesquisa. Outras formas de pesquisa têm menos valor na orientação da prática (Titler e outros, 2001). Os ECRs estabelecem causa e efeito e são excelentes para testar farmacoterapias ou tratamentos médicos. Esta abordagem, entretanto, nem sempre é a melhor para testar as intervenções de enfermagem. A natureza da enfermagem faz com que os pesquisadores façam perguntas que nem sempre são mais bem respondidas por um ECR ou mesmo um ensaio controlado sem randomização. As enfermeiras cuidam das respostas dos pacientes a uma doença ou problema de saúde. Por exemplo, as enfermeiras assistem clientes com problemas como déficits de conhecimento, controle de sintoma e aceitação do sofrimento psicológico. Nem sempre é possível aprender a compreender como os clientes experimentam problemas de saúde através de um ECR.

A pesquisa qualitativa (ver adiante) fornece respostas ao se tentar compreender as experiências dos clientes com problemas de saúde e os contextos nos quais as experiências ocorrem. Os clientes têm a oportunidade de relatar suas histórias e partilhar suas experiências nos estudos qualitativos. Os achados são mais detalhados porque os clientes, em geral, são muito descritivos sobre o que escolhem partilhar. Exemplos de estudos qualitativos incluem: “Percepções do cliente sobre o cuidado das enfermeiras em uma unidade de cuidado paliativo” e “A percepção de estresse pelos membros da família dos clientes criticamente doentes.” A pesquisa qualitativa é valiosa na identificação de informação sobre como os clientes aceitam ou lidam com vários problemas de saúde e suas percepções de doença.

Os dados provenientes do ambiente de cuidado da saúde são valiosos para mostrar a você as tendências na prática clínica. A maioria dos hospitais, por exemplo, mantém registros mensais sobre qualidade do cuidado ou indicadores de desempenho como erros de medicamento ou taxas de infecção. Todos os hospitais certificados como tendo Atratividade mantêm National Data Base for Nursing Quality Improvement (NDNQI) (Banco de Dados Nacional para Melhoria da Qualidade da Enfermagem). O banco de dados inclui informação sobre quedas, incidência de úlcera por compressão e satisfação da enfermeira. Tipicamente, os dados sobre qualidade e controle de risco não darão a você evidência para encontrar uma solução para um problema, mas o informarão sobre a natureza ou gravidade dos problemas que ocorrem no ambiente de cuidado da saúde. Com o uso dos dados sobre qualidade, você pode escolher refinar ou redirecionar sua pergunta PICO. A consulta a especialistas clínicos pode estar na parte de baixo da pirâmide de evidência, mas não considere os especialistas clínicos como fonte pobre de evidência. Os clínicos especialistas frequentemente usam as evidências conforme constroem sua própria prática e são fontes ricas de informação para problemas clínicos.

Critique as Evidências. Talvez a etapa mais difícil no processo de prática baseada em evidências seja criticar ou analisar a evidência disponível. A crítica das evidências abrange sua avaliação, que inclui determinar o valor, a exequibilidade e a utilidade da evidência para fazer uma mudança de prática (ONS, 2005). Ao criticar as evidências, avalie primeiro o mérito científico e a aplicabilidade clínica de cada um dos achados do estudo. A seguir, com um grupo de estudos mais a opinião de um especialista, determine quais achados têm base suficientemente forte para uso na prática. Após criticar as evidências, você será capaz de responder as perguntas. Juntos, os artigos oferecem evidência para explicar ou responder minha pergunta PICO? Os artigos mostram que a evidência é verdadeira e confiável? Você pode usar a evidência na prática?

Como estudante iniciante de enfermagem, levará tempo até que você adquira as habilidades para criticar as evidências como um especialista. Ao ler um artigo da literatura, não deixe que estatísticas ou o jargão técnico o façam abandonar a leitura. Conheça os elementos de um artigo e empregue uma abordagem cuidadosa ao revisar cada um deles. Os artigos baseados em evidências incluem os seguintes elementos:

- *Resumo.* Um resumo é uma condensação breve do artigo que rapidamente lhe diz se o artigo é baseado em pesquisa ou na clínica. Um resumo sumariza o propósito do estudo ou investigação clínica, os temas ou achados principais e as implicações para a prática da enfermagem.
- *Introdução.* A introdução contém informação sobre seu propósito e a importância do tópico para o público que lê o artigo. Em geral, há breve evidência de apoio sobre por que o tópico é importante do ponto de vista do autor.

Juntos, o resumo e a introdução informam se você quer continuar lendo o artigo inteiro. Você saberá se o tópico do artigo é semelhante à sua pergunta PICO ou relacionado suficientemente com ela para lhe dar a informação. Continue a ler os elementos seguintes do artigo:

- *Revisão da literatura ou conhecimento.* Um bom autor oferece conhecimento detalhado do nível da ciência ou informação clínica existente sobre o tópico do artigo. Oferece, portanto, um argumento sobre o que levou o autor a conduzir um estudo ou relato sobre um tópico clínico. Esta parte do artigo é muito valiosa. Talvez o próprio artigo não trate da sua pergunta PICO da

forma que você quer, mas provavelmente remeterá a outros artigos mais úteis. Uma vez lida a revisão da literatura de um artigo de pesquisa, você deve ter um boa ideia de como a pesquisa passada levou à pergunta do pesquisador. Por exemplo, um estudo destinado a testar uma intervenção educacional para o membro da família que cuida do idoso revisará a literatura que descreve características dos cuidadores, o tipo de fatores que influenciam a capacidade dos cuidadores de se adaptar aos estressores do cuidado e quaisquer intervenções educacionais anteriores usadas com famílias.

- *Narrativa de manuscrito.* A “seção do meio” ou narrativa de um manuscrito irá diferir de acordo com o tipo de artigo baseado em evidências (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005). Um artigo clínico descreverá um tópico clínico, que geralmente inclui uma descrição de uma população de clientes, a natureza de uma determinada doença ou alteração na saúde, como os clientes são acometidos e as terapias de enfermagem apropriadas. Algumas vezes o autor escreve um artigo clínico para explicar como usar uma terapia ou uma nova tecnologia. Um artigo de pesquisa conterá várias subseções dentro da narrativa, incluindo o seguinte:
 - *Afirmação do propósito:* Explica o foco ou a intenção do estudo. Identifica quais conceitos serão pesquisados. Isto inclui perguntas de pesquisa ou **hipóteses** – predições feitas sobre a relação ou diferença entre **variáveis** do estudo (conceitos, características ou traços que variam nos indivíduos). Um exemplo de uma pergunta de pesquisa é: Que características são comuns entre idosas que fazem anualmente rastreamento de câncer de mama?
 - *Métodos ou desenho:* Explicam como um estudo de pesquisa é organizado e conduzido para responder a pergunta de pesquisa ou testar a hipótese. É aí que você aprende o tipo de estudo a ser conduzido (p. ex., ECR, estudo de controle de caso, ou estudo qualitativo). Você também aprende como muitos indivíduos ou pessoas estão no estudo. Nos estudos de cuidado da saúde, indivíduos podem incluir pacientes, membros da família, ou a equipe de cuidado da saúde. A linguagem na seção sobre métodos algumas vezes é confusa, porque explica detalhes sobre como o pesquisador desenha o estudo para minimizar a tendenciosidade ou viés, visando obter os resultados mais acurados possíveis. Peça ajuda a um orientador para interpretar esta seção.
- *Resultados ou conclusões.* Os artigos clínicos e de pesquisa terão um sumário. Em um artigo clínico, o autor explica as implicações clínicas do tópico apresentado. Em um artigo de pesquisa, o autor detalha os resultados do estudo e explica se a hipótese tem fundamento ou como a pergunta da pesquisa é respondida. Esta seção incluirá uma análise estatística caso seja um estudo quantitativo (ver adiante) estudo qualitativo apresentará um sumário bastante amplo dos temas e ideias descritivas que surgem da análise de dados do pesquisador. Não deixe que a análise estatística de um artigo o derrube. Leia cuidadosamente, e faça estas perguntas: O pesquisador descreve os resultados? Os resultados foram significativos? O orientador pode ajudá-lo a interpretar os resultados estatísticos. Um bom autor também discutirá quaisquer limitações do estudo na seção resultados. Esta informação sobre limitações será valiosa quando você decidir se quer usar as evidências com seus clientes.
- *Implicações clínicas.* Um artigo de pesquisa incluirá uma seção para explicar se os achados do estudo têm implicações clínicas. O pesquisador explicará como aplicar os achados no ambiente de prática para o tipo de indivíduos estudados.

Após a crítica de cada artigo para sua pergunta PICO, sintetize ou combine os achados de todos os artigos para determinar o estado

da evidência. Use pensamento crítico para considerar o rigor científico das evidências e quanto bem ele responde à sua área de interesse. Considere a evidência à luz das preocupações e preferências dos clientes. Sua revisão de artigos oferece uma conclusão rápida baseada em evidências combinadas sobre uma área focalizada. Como clínico, julgue o emprego da evidência para um paciente em particular ou grupo de pacientes, que geralmente têm históricos médicos e padrões de resposta complexos (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005). Do ponto de vista ético, é importante considerar as evidências que beneficiarão os clientes e que não os prejudicam. Decida se a evidência é relevante, facilmente aplicável no seu ambiente de prática e tem o potencial de melhorar os resultados do paciente.

Integre as Evidências. Uma vez decidido que as evidências são fortes e aplicáveis a seus pacientes e à situação clínica, incorpore-as à prática. Sua primeira etapa é simplesmente aplicar a pesquisa a seu plano de cuidado para um paciente (Cap. 18). Use as evidências encontradas como fundamento para uma intervenção que planeje tentar. Por exemplo, você aprendeu sobre uma abordagem para dar banho em idosos que estão agitados e decide usar a técnica em sua próxima designação clínica. Você usa a técnica de banho com os próprios clientes designados a você, ou trabalha com um grupo de outros estudantes ou enfermeiras na revisão de política e procedimento ou desenvolve um novo protocolo clínico. Outro exemplo: após se preocupar com a taxa de deslocamento de cateter intravenoso (IV), você procura evidências para comparar a eficácia dos curativos de gaze *versus* curativos transparentes. A literatura sugere que os curativos transparentes nos locais IV periféricos resultam em menos deslocamentos do cateter do que os curativos de gaze, com nenhum aumento das taxas de flebite ou infiltração (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005); Trepepi-Bova e outros, 1997). Como resultado de seus achados, você se reúne com o comitê de política e procedimento para recomendar o uso rotineiro de curativos transparentes. Você implementa então o uso de curativos transparentes no cuidado rotineiro dos cateteres IV periféricos.

As evidências são úteis de várias formas: como ferramentas de ensino, diretrizes de prática clínica, políticas e procedimentos e nova ferramenta da avaliação ou de registro. Dependendo da magnitude da mudança necessária para colocar a evidência em prática, torna-se necessário envolver vários membros da equipe de uma determinada unidade de enfermagem. É importante considerar o ambiente ao qual você quer aplicar a evidência. Existe apoio de toda a equipe, a mudança(s) de prática se ajustar(em) ao escopo de prática no ambiente clínico e existem recursos (tempo, apoio secretarial e equipe) disponíveis para fazer uma mudança? Quando a evidência não é forte o suficiente para ser aplicada à prática, sua opção seguinte é conduzir um estudo-piloto para investigar sua pergunta PICO. Um estudo-piloto é um estudo de pesquisa em pequena escala ou um estudo que inclui um projeto de melhoria da qualidade ou melhora do desempenho.

Como estudante de enfermagem integrando evidências, seu foco começará por pesquisar e aplicar a melhor evidência para melhorar o cuidado que você provê diretamente a seus clientes. As evidências disponíveis na enfermagem lhe dão um acesso quase ilimitado a intervenções de enfermagem inovadoras e eficazes. O emprego de uma abordagem de prática baseada em evidências melhorará suas habilidades e seu conhecimento como enfermeira e também os resultados dos seus pacientes.

Avalie a Decisão de Prática ou Mudança. Após aplicar as evidências à sua prática, a etapa seguinte é avaliar o efeito. Como a intervenção funciona? Quão efetiva foi a decisão clínica para seu paciente ou ambiente de prática? Algumas vezes sua avaliação é tão

simples como determinar se os resultados esperados que estabeleceu para uma intervenção são atingidos (Caps. 18 e 20). Por exemplo, após a utilização de um curativo IV transparente, a linha IV desaloja-se ou o paciente desenvolve flebite como complicação? Ao usar uma nova abordagem para ensino pré-operatório, o cliente aprende o que esperar após a cirurgia?

Quando uma mudança de prática baseada em evidências ocorre em escala ampla, a avaliação será mais formal. Por exemplo, a evidência que mostra fatores que contribuem para as úlceras da pressão pode levar uma unidade de enfermagem a adotar um novo protocolo de cuidado da pele. Para avaliar o protocolo, as enfermeiras rastreiarão a incidência de úlceras da pressão ao longo do tempo (p. ex., 6 meses a 1 ano). Além disso, as enfermeiras coletarão dados para descrever tanto os pacientes que desenvolvem úlceras quanto aqueles que não desenvolvem. Esta informação comparativa é valiosa para determinar os efeitos do protocolo e também se há necessidade de modificações.

Pesquisa em Enfermagem

Pesquisa significa procurar de novo ou examinar cuidadosamente (Langford, 2001). É um processo sistemático que indaga e responde perguntas que geram conhecimento. O conhecimento fornece então uma base científica para a prática de enfermagem e valida a efetividade das intervenções de enfermagem. A Dra. Norma Metheny levou vários anos fazendo perguntas sobre como evitar a aspiração da sonda de alimentação em pacientes que recebem alimentação por tubos nasogástricos (Metheny e outros, 1988, 1989, 1990, 1994, 2000). Pela pesquisa, ela identificou fatores que aumentam o risco de aspiração e abordagens a serem usadas na determinação da colocação da sonda. Os achados da Dra. Metheny são incorporados a este livro-texto e têm mudado a forma como as enfermeiras cuidam das sondas de alimentação nos clientes. Pela pesquisa, a Dra. Metheny tem contribuído para o corpo de conhecimento científico que tem salvado vidas e ajudado a evitar complicações graves de aspiração.

O International Council of Nurses (INC) (1986) apoia a necessidade de pesquisa em enfermagem como forma de melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. A **pesquisa em enfermagem** é uma forma de identificar conhecimento novo, melhorar a educação e a prática profissional, e usar recursos efetivamente. O National Institute of Nursing Research (NINR) e o ICN atualizam regularmente as amplas prioridades de pesquisa em enfermagem (Quadro 5-3). O NINR (2006) apoia a pesquisa clínica e básica para estabelecer uma base científica para o cuidado de indivíduos ao longo da vida. As prioridades de pesquisa em enfermagem orientam os esforços de pesquisa dos cientistas da enfermagem nas áreas com a maior necessidade.

A pesquisa em enfermagem tem o apoio de organizações profissionais e especializadas. Em 2003 a ANA revisou os *Standards of Nursing Practice* (Padrões para a Prática de Enfermagem). Neste documento encontram-se os Standards of Professional Performance (Padrões de Desempenho Profissional) (Cap. 1). O Padrão 13 recomenda que a enfermeira profissional utilize na prática os achados de pesquisa (ANA, 2003). Além da ANA, organizações especializadas em enfermagem como a AACN, a Oncology Nursing Society (ONS) e a Sigma Theta Tau International (STTI) apoiam ativamente a condução de pesquisa em enfermagem avançada.

Pesquisa de Controle dos Resultados

Controle dos resultados é uma área de pesquisa que tem recebido recentemente grande atenção. O controle dos resultados da liberação de cuidado é uma preocupação crescente para as enfermeiras clínicas

QUADRO 5-3 Áreas-chave de Pesquisa de Cuidado da Saúde

- Doença crônica
- Qualidade e cuidado custo-eficaz
- Promoção da saúde e prevenção de doença
- Controle de sintomas
- Adaptação às novas tecnologias
- Disparidades em saúde
- Cuidado paliativo no final da vida

Dados do National Institute of Nursing Research: *About NINR: mission statement*, <http://nintr.nih.gov/nintr/>, acessado em 10/7/2006.

e as pesquisadoras (Melynck e Fineout-Overholt, 2005). Pesquisa de resultados é pesquisa destinada a avaliar e documentar a efetividade dos serviços e intervenções de cuidado da saúde (Polit e Beck, 2004). Por exemplo, o estudo dos efeitos de um programa educacional em nível ambulatorial sobre a capacidade dos clientes idosos de seguir um programa de nutrição e exercício é um estudo de resultado. Este tipo de pesquisa é uma resposta da indústria de cuidado da saúde à maior demanda por parte dos legisladores, seguradores e público para justificar práticas de cuidado e sistemas em termos de melhores resultados e custos dos clientes (Hinshaw, Feetham e Shaver, 1999; Polit e Beck, 2004).

Os resultados da prestação do cuidado são os efeitos observáveis ou mensuráveis de alguma intervenção ou ação (Melynck e Fineout-Overholt, 2005). Da mesma forma que os resultados esperados que você desenvolve no plano de cuidado (Cap. 18), o resultado da liberação do cuidado focaliza o receptor do serviço (p. ex., cliente, família, ou comunidade) e não o prestador (p. ex., enfermeira ou médico). Por exemplo, o resultado de um programa educacional sobre diabetes é que os clientes são capazes de autoadministrar insulina, e não o sucesso da enfermeira em instruir todos os pacientes recém-diagnosticados com diabetes.

Um problema na pesquisa de resultados é a definição clara ou a seleção de resultados mensuráveis. Muitos pesquisadores falham em considerar todos os componentes de medida de resultado. Os componentes de um resultado incluem o próprio resultado, como é observado (o indicador), suas características críticas (como é medido) e sua variação de parâmetros (Melynck e Fineout-Overholt, 2005). Por exemplo, os ambientes de cuidado da saúde comumente medem o resultado de satisfação do cliente introduzem novos serviços (p. ex., um novo modelo de prestação de cuidado ou clínica ambulatorial). O resultado é a satisfação do cliente, observada pelas respostas que ele dá a um documento sobre satisfação do cliente que incluem características como cuidado da enfermagem, cuidado físico, serviços de apoio e o ambiente de saúde. Os clientes preenchem o documento, respondendo a uma escala (parâmetro) destinada a medir seu grau de satisfação (p. ex., escala de 1 a 5). O escore combinado no documento produz uma medida da satisfação, um resultado que a instituição pode rastrear ao longo do tempo.

Os pesquisadores com frequência escolhem resultados que não medem o verdadeiro impacto da prestação do cuidado, particularmente prestação de cuidado de enfermagem. Por exemplo, medidas comuns de resultado incluem morbidade, mortalidade, taxa de readmissão ou duração da permanência hospitalar. Embora sejam resultados importantes para serem compreendidos, eles nem sempre medem o verdadeiro efeito de uma intervenção específica na prestação do cuidado. Por exemplo, se uma enfermeira pesquisadora tiver a intenção de medir o sucesso de um protocolo iniciado pela enfermeira para controlar os níveis de glicose sanguínea nos clientes criticamente doentes, ela provavelmente não medirá mortalidade.

QUADRO 5-4 Exemplos de Medidas de Resultado Sensíveis a Enfermagem

- Taxa de bacteremia de linha central
- Aderência às ações (p. ex., dieta, esquema medicamentoso, restrições de atividade)
- Falha em salvar
- Taxa de quedas
- Estado funcional
- Taxa de infecção (associada ao cuidado da saúde) hospitalar
- Taxa de úlcera de pressão (associada ao cuidado da saúde) hospitalar
- Redução de sintoma

Modificado de Ingersoll G: Generating evidence through outcomes management. In Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors: *Evidence based practice in nursing and healthcare*, Philadelphia, 2005, Lippincott Williams & Wilkins.

O resultado é muito amplo e suscetível a muitos fatores além do protocolo iniciado pela enfermeira (p. ex., a seleção de terapias clínicas, a acuidade dos pacientes sobre doença, ou o início de complicações clínicas). Em vez disso, a enfermeira pesquisadora registra o nível de glicose sanguínea dos pacientes colocados no protocolo e compara os níveis da glicose com uma classe desejada que representa bom controle da glicose sanguínea. A literatura de enfermagem agora se volta à identificação de “resultados sensíveis à enfermagem”, ou resultados que são sensíveis à prática de enfermagem (Ingersoll e outros, 2000). O Quadro 5-4 resume alguns indicadores de resultado sensível à enfermagem propostos recentemente que ainda não foram completamente testados e validados.

Método Científico

O **método científico** é o alicerce da pesquisa e o mais confiável e objetivo de todos os métodos para obtenção de conhecimento. Este método é um meio avançado e objetivo de aquisição e testagem do conhecimento. Ele orienta a aplicar as evidências de pesquisa à prática, bem como a conduzir a pesquisa. Ao usar achados de pesquisa para acrescentar à prática ou para mudá-la, você precisa compreender o processo usado pelo pesquisador para orientar o estudo. Por exemplo, quando você considera mudar o procedimento de inserção de uma sonda de alimentação, você precisa saber se um procedimento recém-recomendado foi testado em clientes iguais e quais foram os resultados. O método científico é um processo etapa por etapa sistemático que corrobora que os achados de um estudo são **válidos, confiáveis e generalizáveis** para indivíduos semelhantes aos pesquisados.

Os pesquisadores usam o método científico para compreender, explicar, predizer ou controlar um fenômeno da enfermagem (Polit e Beck, 2004). Este método caracteriza-se por procedimentos sistemáticos e ordenados visando limitar a possibilidade de erro, embora tenha falhas. O método científico minimiza a chance de que a tendenciosidade ou a opinião do pesquisador venham a influenciar os resultados da pesquisa e, assim, o conhecimento obtido. Polit e Beck (2004) descrevem as características da pesquisa científica como se segue:

- A área de problema ou o que o pesquisador escolhe estudar é identificado.
- As etapas do planejamento e da condução de uma investigação ocorrem de uma forma sistemática e ordenada.

- Os pesquisadores tentam controlar fatores externos que não estão sob estudo, mas podem influenciar a relação entre os fenômenos estudados. Por exemplo, se a enfermeira estiver estudando a relação entre dieta e cardiopatia, ela precisará controlar outras características entre os indivíduos, como estresse e histórico de tabagismo, porque estes são fatores que contribuem para esta doença. Os clientes sob uma dieta investigacional e aqueles em uma dieta regular teriam graus semelhantes de estresse e histórico de tabagismo para testar o verdadeiro efeito da dieta.
- As evidências que são partes da experiência (**dados empíricos**) são reunidas direta ou indiretamente mediante observações e avaliações, e são a base para a descoberta de conhecimento novo.
- O objetivo é compreender os fenômenos para aplicar o conhecimento, geralmente a um amplo grupo de pacientes.

Enfermagem e a Abordagem Científica

Antigamente, grande parte da informação usada na prática de enfermagem era emprestada de outras disciplinas como biologia, fisiologia, psicologia e sociologia. Com frequência, esta informação era aplicada à enfermagem sem ser testada. Por exemplo, as enfermeiras utilizam vários métodos para ajudar os clientes a dormir. Intervenções como friccionar ou massagear as costas do cliente, manter a cama limpa e confortável, preparar o ambiente diminuindo a iluminação e confortar o cliente preocupado ou ansioso são medidas de enfermagem frequentemente usadas que, em geral, são abordagens lógicas e de senso comum. Entretanto, quando estas medidas são consideradas em maior profundidade, surgem perguntas sobre suas aplicações. Por exemplo, elas são os melhores métodos de promoção do sono? Clientes diferentes em situações diferentes exigem outras intervenções para promover o sono?

A pesquisa proporciona um meio para que as perguntas e problemas de enfermagem sejam estudados em maior profundidade dentro do contexto de enfermagem. Se as enfermeiras não usarem na prática uma abordagem baseada em evidências, elas contarão apenas com a experiência pessoal ou com as afirmações de especialistas em enfermagem. Se uma intervenção funcionar para a maioria dos clientes, você ficará satisfeita com este sucesso sem questionar se existe uma forma melhor para outros pacientes. Se a intervenção não for bem-sucedida, você pode usar uma abordagem praticada por um colega ou tentar uma sequência diferente das medidas aceitas. Mesmo que uma intervenção descoberta com esta abordagem seja efetiva para um ou mais clientes, nem sempre é apropriada para outros clientes em outros ambientes. As intervenções de enfermagem precisam ser testadas por meio de pesquisa para determinar as medidas que funcionam melhor com pacientes específicos.

A pesquisa em enfermagem consagra questões importantes da disciplina de enfermagem. Algumas dessas questões relacionam-se com a própria profissão, educação das enfermeiras, necessidades do cliente e da família e questões dentro do sistema de liberação de cuidado da saúde. Uma vez completada a pesquisa, é importante divulgar os achados. Um método de divulgação é pela publicação dos achados em periódicos profissionais. Como enfermeira, você adquirirá conhecimento sobre uma ampla gama de necessidades humanas e respostas a problemas de saúde. A pesquisa em enfermagem emprega muitos métodos para estudar problemas clínicos (Quadro 5-5). Existem duas abordagens amplas para pesquisa: métodos quantitativo e qualitativo.

Pesquisa Quantitativa. A **pesquisa quantitativa em enfermagem** é o estudo de fenômenos de enfermagem que oferece medida e quantificação precisas. Por exemplo, você pode medir quantitativamente



QUADRO 5-5 Tipos de Pesquisa

Pesquisa histórica: Estudos projetados para estabelecer fatos e relações de eventos passados. Exemplo: um estudante examinando os fatores sociais que levam à aceitação das enfermeiras de prática avançada pelos clientes.

Pesquisa exploratória: Estudo inicial projetado para desenvolver ou refinhar as dimensões dos fenômenos ou para desenvolver ou refinhar uma hipótese sobre as relações entre os fenômenos. Exemplo: um estudo piloto testando os benefícios de um novo programa de exercício para idosos com demência.

Pesquisa de avaliação: Estudo que testa o desempenho de um programa, prática ou política. Exemplo: um estudo medindo os resultados de uma campanha informativa projetada para melhorar a capacidade dos pais de seguir os calendários de imunização dos filhos.

Pesquisa descritiva: Estudo que mede características de pessoas, situações ou grupos e a frequência com que determinados eventos ou características ocorrem. Exemplo: um estudo para examinar tendências das enfermeiras em direção ao cuidado de pacientes obesos.

Pesquisa experimental: Estudo no qual o pesquisador controla a variável do estudo e distribui aleatoriamente os indivíduos para diferentes condições de modo a testar a variável. Exemplo: um ECR comparando cloredoxina com Betadina na redução da incidência de flebite no local IV.

Pesquisa correlacional: Estudo que explora as inter-relações entre as variáveis de interesse sem qualquer intervenção ativa por parte do pesquisador. Exemplo: um estudo examinando a relação entre o nível educacional das enfermeiras e sua satisfação no papel de enfermagem.

ECR, ensaio controlado randomizado; IV, intravenoso.

a gravidade da dor, a extensão da cicatrização de ferida e a temperatura corporal. Pesquisa quantitativa é o exame preciso, sistemático e objetivo de conceitos específicos. A pesquisa quantitativa focaliza dados numéricos, análise estatística e controles para eliminar tendenciosidade ou viés nos achados (Polit e Beck, 2004). Embora existam muitos métodos quantitativos, as seções a seguir descrevem brevemente a pesquisa experimental, o levantamento de dados e a pesquisa de avaliação.

Pesquisa Experimental. Como discutido anteriormente, um ECR é o marco da pesquisa científica. Em um **estudo experimental** verdadeiro, as condições são estritamente controladas para eliminar tendenciosidade e para assegurar que os achados podem ser generalizados a grupos semelhantes de indivíduos. O Quadro 5-3 esboça um exemplo de ECR experimental.

Levantamento de Dados ou Estudo Exploratório (Surveys). É comum na pesquisa quantitativa. O **levantamento de dados** obtém informação de populações relativa a frequência, distribuição e inter-relação das variáveis entre os indivíduos no estudo (Polit e Beck, 2004). Um exemplo é o levantamento de dados destinado a medir as percepções das enfermeiras sobre a disposição dos médicos de colaborar na prática. Os levantamentos de dados obtêm informação sobre práticas, educação, experiência, opiniões e outras características de pessoas. A função mais básica do levantamento de dados é a descrição. Esta pesquisa reúne uma grande quantidade de dados para descrever a população, bem como o tópico do estudo. Nesta pesquisa é importante que a amostra da população seja grande o suficiente para manter o erro de amostragem em um mínimo. Os pesquisadores precisam elaborar cuidadosamente e testar antecipadamente os itens da pesquisa usados em questionários e entrevistas para determi-

nar a exatidão do estilo, a facilidade de uso e a propriedade da pergunta da pesquisa.

Pesquisa de Avaliação. **Pesquisa de avaliação** é uma forma de pesquisa quantitativa que envolve descobrir quão bem um programa, prática, procedimento ou política está funcionando (Polit e Beck, 2004). Um exemplo é a pesquisa de controle dos resultados. Em última análise, o objetivo da pesquisa de avaliação é determinar o sucesso de um programa. A pesquisa de avaliação determina como o programa ou alguns componentes do programa obtiveram êxito ou foram mal sucedidos. Quando os programas são mal sucedidos, a pesquisa de avaliação identifica problemas com o programa e oportunidades de mudança, a razão do insucesso do programa, ou mesmo as barreiras à implementação do programa.

Pesquisa Qualitativa. A **pesquisa qualitativa em enfermagem** é o estudo de fenômenos cuja quantificação ou categorização é difícil. Este método descreve a informação obtida em uma forma não-numérica (p. ex., dados na forma de transcrições escritas de uma série de entrevistas). A pesquisa qualitativa envolve **raciocínio indutivo** para desenvolver generalizações ou teorias a partir de observações ou entrevistas específicas (Polit e Beck, 2004). Por exemplo, uma enfermeira conduz entrevistas extensas com sobreviventes de câncer e depois resume os temas comuns de todas as entrevistas para determinar indutivamente as características da qualidade de vida dos sobreviventes. A pesquisa qualitativa abrange a descoberta e a compreensão de importantes características comportamentais ou fenômenos. Um exemplo é um estudo de pesquisa qualitativa conduzido por Sheldon e outros (2006) que descreveu dificuldade de comunicação nas interações enfermeira/paciente a partir das perspectivas das enfermeiras.

Existem vários métodos diferentes de pesquisa qualitativa. Etnografia envolve a descrição e interpretação de comportamento cultural (Polit e Beck, 2004). Por exemplo, um pesquisador estudará os comportamentos dos residentes em um lar de idosos que sofrem de doença de Alzheimer. Este tipo de pesquisa associa-se intimamente ao campo da antropologia, que focaliza a cultura da população sob estudo.

Fenomenologia é um método de pesquisa com raízes na filosofia (Polit e Beck, 2004) e um foco no que as pessoas experimentam com relação às práticas ou experiências diárias e na forma como interpretam essas experiências. Tipicamente, os pesquisadores fenomenológicos fazem os participantes do estudo, relatar suas histórias sobre os fenômenos em questão. Por exemplo, Wongvatunyu e Porter (2005) estudaram as experiências de mulheres em ajudar adultos jovens com lesão cerebral traumática. Os pesquisadores estudaram as percepções as ações e intenções relevantes das mulheres, para ajudar adultos jovens com a lesão.

Teoria baseada em dados (*Grounded theory*) é um método de coleta e análise de dados qualitativos com o objetivo de desenvolver teorias e proposições teóricas fundamentadas em observações do mundo real (Polit e Beck, 2004). Por exemplo, ao estudar dificuldade de comunicação nas interações enfermeira-paciente, Sheldon e outros (2006) focalizaram grupos com enfermeiras para explorar suas percepções sobre dificuldade na comunicação. Os resultados dos grupos foram cinco temas descrevendo dificuldade de comunicação. O estudo adicional do mesmo tópico pode acabar desenvolvendo estes temas em uma teoria da comunicação significativa.

Processo de Pesquisa

Processo de pesquisa é uma série ordenada de etapas que permitem ao pesquisador ir da indagação da pergunta de pesquisa até a descoberta da resposta (Fig. 5-3) (Langford, 2001). Em geral, a resposta à pergunta da pesquisa inicial leva a novos questionamentos e a outras

áreas de estudo. O processo de pesquisa reúne conhecimento para uso em outras situações semelhantes. As enfermeiras buscam conhecimento sobre a razão por que um evento em particular ocorre ou a melhor forma de fornecer cuidado para os pacientes com um determinado problema de saúde. O processo de pesquisa dá a enfermeira conhecimento que pode ser aplicado repetidamente a um grupo inteiro ou a uma classe de pacientes.

O processo de pesquisa geralmente consiste no seguinte: identificação do problema, desenho do estudo, condução do estudo, análise dos dados e uso dos achados (Tabela 5-2). Inicialmente, o pesquisador identifica uma área de investigação (identificando um problema), que, em geral, resulta da prática clínica. Por exemplo, a enfermeira observa que muitos clientes têm dificuldade para dormir à noite antes da alta que se segue a uma cirurgia cardíaca. Com base no trabalho com estes pacientes, a enfermeira determina que a maioria deles se preocupa com a tolerância a atividades e com dor ao retornarem às suas casas. A enfermeira revisa a literatura relevante para determinar o que conhece sobre grau de atividade pós-operatória e dor imediatamente após cirurgia cardíaca aberta. Após a revisão da literatura, a pesquisadora observa que muitos clientes relatam baixa tolerância a atividades e controle da dor. Entretanto, são poucas as pesquisas sobre intervenções de enfermagem para melhorar essas áreas.

Após a identificação do problema e a revisão da literatura, a pesquisadora desenha o protocolo do estudo. Neste exemplo, a enfermeira projeta um estudo no qual alguns dos clientes recebem o plano de alta padrão e outros recebem uma intervenção adicional de plano de alta para tolerância a atividades e controle da dor. No estudo, a amostra incluirá todos os clientes submetidos pela primeira vez a cirurgia cardíaca aberta que recebam reparo de valva aórtica. Os indivíduos serão excluídos caso estejam recebendo medicamento para dor pré-operatória em função de artrite, câncer ou outras condições dolorosas crônicas. A pesquisadora escolherá aleatoriamente os indivíduos para um dos dois grupos (experimental ou controle). O grupo-controle receberá o plano de alta padrão, enquanto o grupo experimental ou de tratamento receberá o plano de alta padrão mais a intervenção adicional para tolerância a atividades e controle da dor. Cada indivíduo terá uma chance de 50% de estar em um dos dois grupos. A pesquisadora também selecionará instrumentos adequados para medir a dor pós-operatória e a tolerância a atividades. Além disso, a pesquisadora acompanhará todos os indivíduos da mesma maneira com relação ao cuidado domiciliar pós-operatório, consultas de acompanhamento e exames físicos.

Antes de conduzir qualquer estudo com indivíduos humanos, a pesquisadora obtém aprovação do comitê de indivíduos humanos da instituição ou quadro de revisão institucional (IRB, do inglês *institutional review board*)[†].

Um IRB inclui cientistas e leigos que revisaram todos os estudos conduzidos na instituição para assegurar que princípios éticos, inclusive os direitos dos indivíduos humanos, são seguidos. Por exemplo, as pesquisadoras precisam proteger a confidencialidade dos participantes no estudo, fornecer consentimento informado, minimizar os riscos para os indivíduos, identificar riscos e benefícios da participação, assegurar que a participação no estudo é voluntária e permitir que os indivíduos se retirem dos estudos a qualquer momento[‡].

[†]No Brasil é necessário respeitar a Resolução 196/96 do CNS/MS. Todas as pesquisas com seres humanos precisam ser avaliadas e aprovadas por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) cadastrado na CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) antes de iniciarem.

[‡]No Brasil, atendendo a Res. 196/96 os sujeitos da pesquisa precisam assinar em duas vias o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no qual constam explicação da pesquisa, garantia de anonimato, riscos e benefícios. Uma via fica com o sujeito e a outra com o pesquisador. O contato do pesquisador fica disponível.

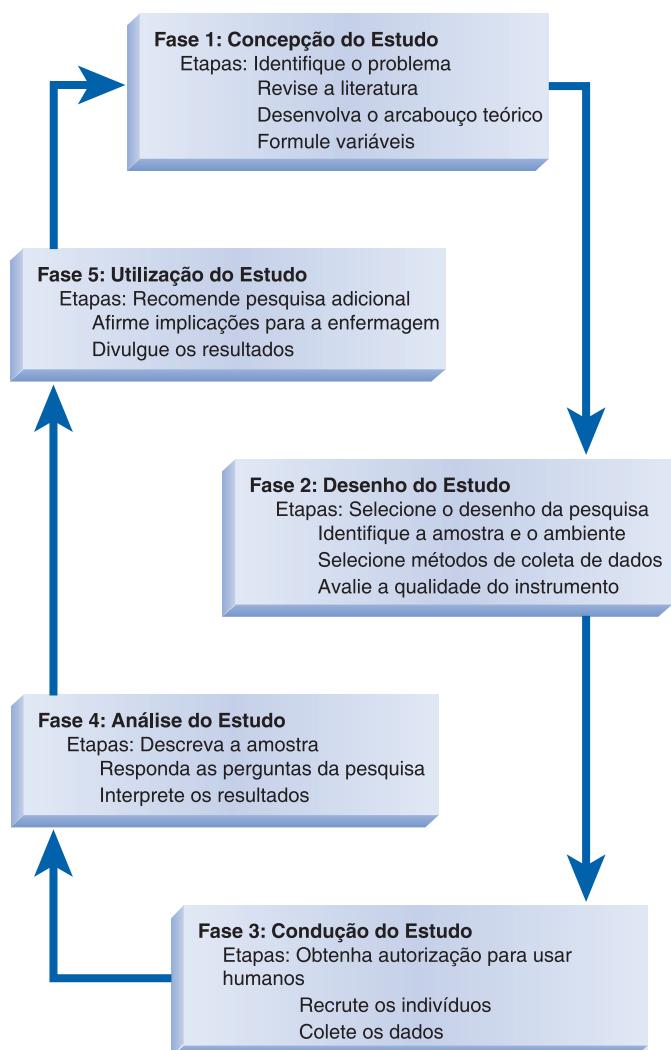


Figura 5-3 As fases e etapas do processo de pesquisa. (De Langford RW: *Navigating the maze of nursing research*, St. Louis, 2001, Mosby.)

Consentimento informado significa que os indivíduos da pesquisa (1) receberam informação completa e plena sobre o objetivo do estudo, procedimentos, coleta de dados, potenciais riscos e benefícios e métodos alternativos de tratamento; (2) são capazes de compreender completamente a pesquisa e as implicações da participação; (3) têm capacidade de livre escolha para consentir ou declinar da participação na pesquisa e (4) comprehendem a forma como a pesquisadora mantém confidencialidade ou anonimato. A **confidencialidade** assegura que qualquer informação que o indivíduo forneça não será divulgada de nenhuma maneira que o identifique e não será acessível às pessoas fora da equipe de pesquisa (Polit e Beck, 2004). Ocorre **anonimato** quando até mesmo a pesquisadora não pode relacionar o indivíduo aos dados (Polit e Beck, 2004).

Uma vez iniciado um estudo, a pesquisadora coleta todos os dados dos indivíduos conforme indicado no protocolo do projeto do estudo. No exemplo, cada um dos indivíduos receberá o plano de alta designado e todo o outro cuidado pós-operatório. A pesquisadora analisa os dados provenientes dos instrumentos que analisam dor e tolerância a atividades dos dois grupos estudados. Uma comparação estatística dos resultados determinará se os clientes que receberam as novas intervenções de alta melhoraram os níveis de ativi-

10 | Cuidado Familiar

OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Discutir como o termo *família* reflete a diversidade familiar.
- Examinar atuais tendências nas famílias americanas.
- Explicar como o relacionamento entre a estrutura familiar e padrões de funcionamento afeta a saúde dos indivíduos no seio da família e da família como um todo.
- Discutir a forma como os membros da família influenciam a saúde uns dos outros.
- Discutir o papel da família e dos membros da família como prestadores do cuidado.
- Interpretar fatores externos e internos que promovem a saúde familiar.
- Comparar família como um contexto e família com o cliente e explicar as formas como essa perspectiva influencia a prática da enfermagem.
- Uso do processo de enfermagem para prover as necessidades de saúde da família.

TERMOS-CHAVE

Família, p. 122

Família como cliente, p. 128

Família como contexto, p. 128

Família como sistema, p. 128

Formatos de família, p. 122

Persistência, p. 127

Reciprocidade, p. 133

Resiliência, p. 127

A Família

Afamília é a instituição central da sociedade americana; contudo, o conceito, a estrutura e o funcionamento da unidade familiar continuam a mudar durante o passar dos anos. Apesar de a família estar em transição e aparentar estar bem diferente da família da década de 1950, a unidade familiar permanece a mesma. As famílias estão diante de muitos desafios, incluindo os efeitos da saúde e da doença, da gravidez e da criação dos filhos, de mudanças na estrutura familiar e na dinâmica, e da assistência aos familiares mais velhos. As características ou atributos familiares, como durabilidade, resiliência e diversidade, ajudam as famílias a se adaptarem àqueles desafios (Ford-Gilboe, 2002; Hanson e outros, 2005).

Durabilidade familiar é um termo utilizado para o sistema intrafamiliar de suporte e estrutura que vai além das paredes de edificação da casa. Por exemplo, os pais podem se casar novamente ou o filho pode ou não deixar a casa quando adulto, mas no final a “família” transcende longos períodos e inevitáveis mudanças no estilo de vida.

Resiliência familiar é a habilidade da família de enfrentar fontes de estresse esperadas e inesperadas. A capacidade da família de se adaptar às mudanças de papéis, marcos de desenvolvimento e crises demonstra resiliência. O objetivo da família não é apenas sobreviver “aos desafios”, mas também prosperar e crescer com resultado desse conhecimento recém-adquirido.

Diversidade familiar é a singularidade de cada unidade familiar. Por exemplo, algumas famílias experimentarão o casamento pela primeira vez e terão filhos mais tarde, enquanto outras são avós com a mesma idade. Cada pessoa em sua unidade familiar tem necessidades específicas, forças e considerações importantes de desenvolvimento.

Como você cuida de clientes e suas famílias, você é responsável por entender a dinâmica familiar (p. ex., a configuração familiar, estrutura, funcionamento e a capacidade de enfrentamento das famílias) e, então, construir as forças e recursos relativos à família (Feeley e Gottlieb, 2000). O objetivo dos cuidados de enfermagem centrado na família é de promover, suportar e fornecer bem-estar e saúde à família e aos indivíduos membros da família (Astedt-Kurki e outros, 2002; Joronen e Astedt-Kurki, 2005).

Conceito de Família

O termo *família* traz à mente uma imagem visual de adultos e crianças vivendo juntos de forma satisfatória e harmoniosa. Para alguns, este termo possui uma imagem oposta. Família representa mais do que um conjunto de indivíduos, e a família é mais do que a soma de seus membros (Astedt-Kurki e outros, 2001). Famílias são tão diversas quanto os indivíduos que as compõem, e os clientes possuem valores profundamente enraizados sobre suas famílias, que merecem respeito. Você deve entender como seu cliente define a família dele. Pense na **família** como um conjunto de relacionamentos que o cliente identifica como família ou como uma rede de indivíduos que influenciam a vida um dos outros, tendo ou não realmente laços biológicos ou legais.

Definição: O Que É Família?

Definir família inicialmente parece ser uma tarefa simples. Contudo, diferentes definições resultam em debates calorosos entre cientistas sociais e legisladores. A definição de família é significativa e afeta quem está incluso nas regras do plano de saúde, quem tem acesso às fichas escolares das crianças, quem junta arquivos para reembolso do imposto de renda, e quem é elegível para benefícios de doença ou



Figura 10-1 Celebrações familiares e tradições fortalecem o papel da família.

programas de assistências públicos. A família é definida biologicamente, legalmente, ou como uma rede social construída pessoalmente com laços e ideologias. Para alguns clientes, família inclui apenas pessoas relacionadas pelo casamento, nascimentos, ou adoção. Para outros, tíos, tias, amigos próximos, parceiros e até animais de estimação são família. Suas crenças pessoais não precisam ser as mesmas que a de seus clientes. Compreenda que famílias podem tomar diferentes formas e possuir culturas e orientações étnicas diversas (Fig. 10-1). E mais, nenhuma família é igual à outra. Cada uma tem sua própria força, fraqueza, recursos e desafios (Bell e outros, 2001).

Tendências Atuais e Novos Formatos de Família

Formatos de família são padrões de pessoas consideradas pelos membros da família como estavam inclusos na mesma. Apesar de todas as famílias terem algo em comum, cada formato familiar possui problemas e forças únicos. Mantenha a mente aberta sobre o que forma uma família, assim você não irá ignorar potenciais fontes de pesquisa e preocupações (Quadro 10-1).

Apesar de a instituição da família continuar forte, a família em si está mudando. A “típica” família (dois pais biológicos e filhos) não é mais uma norma. Pessoas estão se casando mais tarde, mulheres estão retardando a gravidez, e casais estão optando por ter menos filhos ou nenhum. O número de pessoas vivendo sozinhas está crescendo rapidamente e representa aproximadamente 26% de todas as casas. Os índices de divórcio triplicaram desde os anos de 1950, e apesar de este índice aparentemente estar estabilizado, é estimado que 55% dos casamentos chegarão ao divórcio (U.S. Census Bureau, 2001). O intervalo médio entre divórcio e novo casamento é de aproximadamente 3 anos. Um novo casamento geralmente resulta em uma mistura familiar com um conjunto complexo de relacionamentos entre os novos pais, novos filhos, meios-irmãos, e se estende aos membros da família.

Os papéis matrimoniais também estão mais complexos conforme cada vez mais famílias compreendem dois assalariados. A maioria das mulheres trabalha fora de casa, e aproximadamente 62% das mães são parte da força de trabalho (U.S. Census Bureau, 2001). O equilíbrio da vida familiar e profissional gera uma variedade de mudanças em relação à criação dos filhos e às atividades domésticas

QUADRO 10-1 Formas Familiares

Família Nuclear

A família nuclear consiste em marido e mulher (e talvez em uma ou mais crianças).

Família Ampliada

A família ampliada inclui parentes (tios, tias, avós e primos) somando-se à família nuclear.

Família de Monoparentais

A família de pais sozinhos é formada quando um dos pais deixa a família nuclear devido a morte, divórcio, ou deserção, ou quando uma pessoa sozinha decide ter ou adotar uma criança.

Família Mista

A família mista é formada quando os pais trazem crianças de relacionamentos prévios ou adotivas para um novo relacionamento, juntando-se a situação atual.

Relacionamentos de Padrões Alternativos

Esses relacionamentos incluem adultos agregados, famílias de “geração de suporte” (avós cuidando dos netos), grupos comuns com crianças, os “sem família” (adultos vivendo sozinhos), parceiros vivendo juntos e casais homossexuais.

para ambos os pais. O equilíbrio para os pais que trabalham fora, da criação dos filhos e das atividades domésticas é positivo quando a satisfação profissional e pessoal se mantém alta (Hill, 2005). Não há provas de que o trabalho materno seja prejudicial às crianças (Hill, 2005; Shpancer, Melick, Sayre e outros, 2006). Contudo, encontrar creches de qualidade é um importante fator e gerenciar atividades domésticas é outro desafio. Apesar da divisão igual dos trabalhos receber aprovação verbal, a maioria das atividades domésticas continua como uma “atividade de mulher”. Há evidências de que o papel do pai está mudando (Hill, 2005). Os pais agora participam mais ativamente das responsabilidades diárias de paternidade. Vinte e quatro por cento das crianças (idades entre 0 e 4 anos) possuem o pai como guardião estando ou não os pais empregados (U.S. Census Bureau, 2001).

O número de famílias com um único pai ou mãe, que dobrou dos anos de 1970 para os anos de 1990, parece ter se estabilizado. Apesar de as mães liderarem a maioria das famílias com membros solteiros, famílias apenas com homens também estão aumentando. Quarenta e um por cento das crianças estão vivendo com mães que nunca se casaram; muitas dessas crianças são resultados de uma gravidez na adolescência.

Gravidez na adolescência é uma preocupação sempre crescente. A maioria dessas adolescentes continua a viver com suas famílias. Uma gravidez na adolescência tende a ter consequências duradouras para a mãe. Por exemplo, mães adolescentes deixam a escola, têm inadequadas formações profissionais e possuem limitados recursos de assistência médica. E mais, a árdua atividade de criar filhos, ainda jovem, geralmente leva a graves tensões nos relacionamentos e recursos familiares. E ainda, há um crescente risco de contínua pobreza e um estilo de vida pobre para essas famílias (Black e Ford-Gilboe, 2004; SmithBattle, 2000). Jovens pais também possuem uma tensão sobre eles quando suas parceiras engravidam. Esses jovens homens possuem poucos sistemas de suporte e poucos recursos para ensiná-los como tornarem-se pais. Além disso, pais adolescentes cedo relatam desavenças nos relacionamentos familiares, como a exposição à violência doméstica ou separação dos pais, ou divórcio, ou falta de um modelo paterno positivo (Tan e Quinlivan, 2006). Como resul-

tado, ambos os pais adolescentes em geral lutam contra as tarefas normais de desenvolvimento e identidade, mas devem aceitar o papel de pais, para o qual eles não estão preparados física, emocional, social e/ou financeiramente.

Muitos casais homossexuais definem seus relacionamentos em termos familiares. Aproximadamente metade de todos os casais masculinos *gays* vive juntos, comparada com três quartos dos casais de lésbicas. Esses casais são mais abertos em relação às suas preferências sexuais e mais articuladores em relação a seus direitos legais. Algumas famílias homossexuais incluem crianças, tanto pela adoção ou por inseminação artificial quanto por relacionamentos anteriores.

Um grupo de faixa etária que cresce rapidamente na América é o de 65 anos ou mais. Pela primeira vez na história, a média da faixa etária americana tem mais pais do que crianças, e as crianças têm mais chances de ter avós vivos e até bisavós. Esse “grisalhamento” da América continua a afetar o ciclo de vida familiar, particularmente a “geração sanduíche” — formada por crianças de adultos mais idosos (ver seção de cuidados restauradores). Esses indivíduos, que estão usualmente na meia-idade, devem encontrar suas próprias necessidades juntamente com as de seus filhos e as necessidades de seus pais idosos. Esse equilíbrio de necessidades geralmente ocorre às custas de seus próprios bem-estar e recursos. Adicionalmente, muitos desses cuidadores relatam que a ajuda recebida dos profissionais da área médica é muitas vezes deficitária (Isaksen, Thuen e Hanestad, 2003). A maioria dos cuidadores de famílias é mulher, a faixa etária é de 46 anos, com 13% sendo de 65 anos ou mais, e eles frequentemente prestam mais de 20 horas de cuidado por semana (Schumacher, Beck e Marren, 2006). O cuidado prestado a parentes frágeis ou com doenças crônicas é uma preocupação primordial para um crescente número de famílias. Não é incomum que pessoas nos seus 60 ou 70 anos sejam os principais cuidadores uns dos outros. O Quadro 10-2 mostra uma lista de preocupações gerontológicas de enfermagem da família.

Mais avós estão criando seus netos (U.S. Census Bureau, 2001). Essa nova responsabilidade paterna/materna é em virtude de inúmeros fatores sociais: o aumento do índice de divórcio, famílias com dupla renda e pais solteiros. Mais frequentemente é uma consequência de intervenções legais quando os pais não têm condições ou renunciam às suas obrigações como pais.

As famílias enfrentam muitos desafios, incluindo mudanças de estrutura e papéis na economia em mudança no cenário da sociedade. Além disso, existem mais quatro tendências que cientistas sociais identificam como ameaças ou preocupações para as famílias: (1) mudança do cenário econômico (p. ex., diminuição da renda familiar e falta de acesso à assistência médica), (2) falta local para residir, (3) violência familiar e (4) a presença de doenças agudas ou crônicas.

Mudança do Cenário Econômico

Obter o sustento é uma preocupação diária por causa do declínio econômico da família. Apesar de a dupla renda familiar ter se tornado a norma, a real renda familiar não aumentou desde 1973. Famílias na faixa mais baixa da escala de renda familiar foram particularmente afetadas, e famílias com um único pai/mãe são especificamente vulneráveis. O número de crianças americanas vivendo abaixo da linha da pobreza continua a aumentar. Além disso, estima-se que 9 milhões de crianças estejam fora do plano de saúde (Children's Defense Fund [CDF], 2006). A maioria dessas crianças sem plano de saúde tem ao menos um dos pais que trabalha, mas não tem condições de pagar o plano. Quando a enfermeira cuida dessas famílias, deve ser sensível aos anseios familiares por independência, mas também deve ajudá-los a obter recursos financeiros e médicos apropriados. Por exemplo, você informa à família aonde ir na comu-

QUADRO 10-2 FOCO EM IDOSOS

Preocupações dos Cuidadores

- Avalie se a família precisa de mais cuidadores para prestar serviço de descanso para os membros idosos da família. Por exemplo, determinar papéis adicionais para os membros da família (p. ex., fornecer mais suporte financeiro, designar alguém para fazer as compras de supermercado e medicações, fornecer alguém para ajudar com as tarefas domésticas).
- Avaliar o estresse dos cuidadores, como tensões no relacionamento com a família e com o receptor dos cuidados, mudanças nos níveis de saúde, mudanças no humor e ansiedade e depressão.
- Cuidadores são muitas vezes esposas/esposos que são adultos maduros com declínio no vigor físico, ou filhos na meia-idade que muitas vezes têm outras responsabilidades.
- Famílias de pessoas mais velhas possuem uma rede de amizades sociais diferente das famílias mais jovens, pois os amigos e membros da família da mesma geração muitas vezes já morreram ou estão doentes. Procure suporte na comunidade e filiações das igrejas.
- Identifique membros da família, amigos e vizinhos que terão tempo de se socializar com o cuidador para evitar a sensação de isolamento do mesmo.
- Abusos de idosos nas famílias ocorrem dentro de todas as classes sociais. Esposas/esposos são os que mais frequentemente abusam. Enfermeiras precisam relatar contusões e traumatismos cutâneos inexplicáveis às agências governamentais de proteção.



nidade para obter auxílio com a energia elétrica, assistência médica e odontológica, e auxílio com materiais escolares.

Falta de Moradia

A falta de moradia é uma grande questão de saúde pública. De acordo com organizações de saúde pública, a “absoluta falta de moradia” caracteriza pessoas sem moradia física que vivem nas ruas, em veículos, prédios abandonados, ou outros locais não destinados à habitação humana. A “falta de moradia relativa” caracteriza aqueles que possuem uma moradia física, mas que não se enquadra nos padrões de segurança e saúde (Hwang, 2001; National Coalition for the Homeless, 2006).

A seção rapidamente crescente da população desabrigados é a das famílias com crianças. Isso inclui famílias com núcleo familiar completo e famílias com apenas um dos pais. Famílias com crianças chegam a 39% da família dos desabrigados (National Coalition for the Homeless, 2006). Pobreza, doenças mentais e físicas e falta de condições de sustentar a casa são as causas primárias da falta de moradia (Folsom e outros, 2005). A falta de moradia afeta severamente o funcionamento, a saúde e o bem-estar da família e de seus membros. Crianças de famílias desabrigadas estão geralmente com a saúde debilitada e apresentam altos índices de asma, infecções de ouvido, problemas estomacais e doenças mentais (Cap. 3). Como resultado, usualmente o único acesso à assistência à saúde para essas crianças é através do departamento de emergência (Kushel e outros, 2002).

Além disso, essas crianças enfrentam dificuldades tais como encontrar comprovante de residência para as escolas públicas, incapacidade de obter fichas escolares anteriores e de matricular-se e frequen-

tar escolas. Como resultado, essas crianças têm mais chances de deixar a escola e tornar-se desempregadas (National Coalition for the Homeless, 2006). Famílias de desabrigados e seus filhos estão sob sérios riscos de desenvolver problemas a longo prazo de saúde, psicológicos e socioeconômicos. Por exemplo, essas crianças estão frequentemente imunizadas abaixo da média e estão sob risco de doenças infantis; elas podem ficar atrasadas na escola e estão sob risco de deixá-la; ou podem desenvolver comportamentos de risco como a prostituição ou abuso de substâncias ilícitas. A falta de moradia e seus resultados a longo prazo resultam em grandes mudanças para toda a nossa sociedade. (Kushel e outros, 2002; National Coalition for the Homeless, 2006).

Violência Familiar

As estatísticas referentes à violência familiar são ainda mais perturbadoras. Os pesquisadores estimam que de 3,3 a 10 milhões de crianças relatam terem sido abusadas ou negligenciadas no período de 1991 a 2004 (Family Violence Prevention Fund, 2006a). O abuso emocional, físico e sexual ocorre contra os cônjuges, crianças e outros adultos dentro de todas as classes sociais. Fatores associados com a violência familiar são complexos e podem incluir estresse, pobreza, isolamento social, patologia psíquica e comportamento familiar adquirido. Além disso, outros fatores como o álcool e uso de drogas, gravidez, orientação sexual e doenças mentais aumentam a incidência de abusos nas famílias (Family Violence Prevention Fund, 2006b). Apesar de o abuso às vezes terminar quando alguém deixa o ambiente familiar específico, consequências negativas físicas e emocionais a longo prazo são frequentemente evidenciadas. Uma dessas consequências inclui a mudança de uma situação de abuso para outra (Richardson e outros, 2002). Por exemplo, a criança vê o matrimônio como uma alternativa de deixar um lar onde há abuso e, por sua vez, casa-se com uma pessoa que continuará este abuso no casamento (Wathen e MacMillan, 2003).

Doenças Agudas e Crônicas

Qualquer doença aguda ou crônica influencia a família emocional, social e funcionalmente e afeta as formas de decisões familiares e de enfrentar novas experiências. A hospitalização de um membro da família leva a tensão para toda a família. Os ambientes hospitalares são distantes, médicos e enfermeiras são estranhos, a linguagem médica é difícil de compreender ou interpretar, e os membros familiares são separados uns dos outros.

Durante uma doença aguda, como o trauma, infarto do miocárdio ou cirurgia, os membros da família são geralmente deixados em salas de espera antecipando informações sobre seus entes queridos. A comunicação entre os membros da família pode ser mal direcionada devido a medo e preocupação. Em algumas famílias, conflitos familiares prévios vêm à tona, enquanto outros são suprimidos. Forneca atentamente cuidados de enfermagem para suprir as necessidades da família pela frequência e tipo de comunicação e suporte. Entenda as crenças culturais da família e seus valores, e respeite a estrutura familiar e seu funcionamento.

Doenças crônicas levam a diferentes desafios à família. Frequentemente padrões familiares e interações, atividades sociais, trabalho, atividades domésticas, recursos financeiros e outras necessidades familiares e funcionamentos devem ser reorganizados em função da doença crônica ou incapacidade. As famílias também aprendem a gerenciar muitos aspectos da doença crônica ou incapacidade de seus familiares amados. Cuidados de enfermagem astutos ajudam a família a prevenir e/ou gerenciar crises de saúde, controlar sintomas, aprender como administrar terapias específicas, ajustar-se às mudan-

ças no decorrer da doença, evitar o isolamento, obter recursos da comunidade e na ajudar na solução do conflito familiar.

Apesar de não ser intenção deste capítulo fornecer a completa descrição de cuidados familiares, exemplos são usados para guiar você a um entendimento inicial dos cuidados com as famílias. Os exemplos de trauma crítico, vírus da imunodeficiência humana e cuidados no fim da vida foram selecionados para ajudar você a entender o impacto de doenças nas famílias.

Trauma. Trauma é um evento repentina e não planejado. Os membros da família necessitam enfrentar as mudanças de um severo evento de ameaça à vida, o qual pode incluir os extressores associados ao ambiente de tratamento intensivo, ansiedade e depressão, e fardo econômico, sem mencionar o impacto no funcionamento familiar e na forma de tomar decisões. No cuidado dessas famílias, responda às perguntas delas honestamente. Quando você não souber a resposta, encontre alguém que saiba. Forneça assistência real; ao dar falsas esperanças, há a quebra da confiança enfermeira-cliente e também afeta o modo como a família pode se adaptar ao receber "má notícia". Aguarde para ter certeza de que a família está confortável. Você pode trazer para eles algo para comer ou beber, dar a eles um cobertor, ou encorajá-los a fazer uma refeição. Algumas vezes, dizer à família que você ficará com seu ente querido enquanto eles estiverem fora é tudo o que eles precisam para se sentirem confortáveis para sair. A maioria dos familiares possui um celular e pode facilmente ser localizado caso haja mudança nas condições de seus entes queridos.

Vírus da Imunodeficiência Humana. Durante a metade ao final dos anos de 1990, avanços no tratamento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) levaram a um declínio das mortes por síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e diminuição da progressão do HIV para a AIDS (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006a). Mortes relacionadas à AIDS estão diminuídas, indicando que as pessoas com HIV estão tendo vidas longas e melhores. Apesar de a epidemia ter diminuído, comportamentos de alto risco, como sexo sem proteção, continuam a aumentar, especialmente com homens que fazem sexo com outros homens (CDC, 2006b). Saber que alguém é HIV-positivo é devastador, não apenas para o indivíduo, mas para a família e amigos também. Assim como em todas as doenças sérias, os cuidados com um membro da família que desenvolveativamente a infecção do HIV é devastador emocional e financeiramente, e isso afeta toda a família.

Cuidados Terminais. Você encontrará muitas famílias com um membro em estágio terminal. Apesar de as pessoas associarem doenças terminais com câncer, existem inúmeras doenças com aspectos terminais, por exemplo, insuficiência cardíaca congestiva, doenças pulmonares e renais e doenças neuromusculares. Apesar de alguns membros da família poderem estar preparados para a morte de seu ente querido, é grande a necessidade de informação, suporte, assistência e a presença (Cap. 30). Quanto mais você souber sobre a família de seu cliente, como eles interagem uns com os outros, seus pontos fortes e suas fraquezas, melhor será. Cada família aborda e enfrenta diferentemente as decisões sobre o fim da vida. Dê à família informações sobre o processo da morte. Ajude a família a montar os cuidados domiciliares, caso eles queiram, e obtenha um local onde a pessoa possa ficar e outros recursos apropriados, incluindo suporte psicológico. Tenha certeza de que a família sobre o que fazer no momento do falecimento. Caso você esteja presente no momento da morte, seja solidário às necessidades da família, por exemplo, forneça privacidade e deixe tempo suficiente para que eles se despeçam.

Abordagens Teóricas: Uma Visão Geral

Existem inúmeras diferentes perspectivas de como agir quando se cuida de famílias. É importante que você entenda as mais amplas perspectivas de enfermagem para famílias. O sistema de saúde familiar (SSF) e teorias de desenvolvimento são duas perspectivas usadas nesse capítulo para ajudar você a prestar cuidados de enfermagem para a família como um todo e aos indivíduos dentro da estrutura familiar. Essas perspectivas teóricas e seus conceitos fornecem a base para as intervenções e avaliações*.

Sistema da Saúde Familiar

O SSF é um modelo holístico que guia a avaliação (histórico) e os cuidados para com as famílias (Anderson, 2000). O SSF inclui cinco campos reinos/processos da vida familiar: de interatividade, desenvolvimento, de enfrentamento, de integridade e saúde. A abordagem do SSF usa a avaliação familiar para determinar as áreas de preocupações e forças de acordo com os campos da família. Como resultado, você desenvolve um plano de cuidados com intervenções e resultados de enfermagem familiar. Assim como em todos os sistemas, o sistema familiar possui objetivos que são falados e outros que não o são, e que variam de acordo com o estágio do ciclo de vida familiar, valores familiares e preocupações individuais dos membros da família. Os objetivos do SSF são de fornecer saúde familiar e bem-estar, assistir no gerenciamento familiar de condições ou transições de doenças, e atingir um resultado de saúde relacionado às áreas de preocupações da família (Anderson, 2000).

Estágios de Desenvolvimento

Famílias, assim como os indivíduos, mudam e crescem com o decorrer do tempo. Apesar de as famílias estarem distantes de serem idênticas umas às outras, elas tendem a passar por certos estágios. Cada estágio de desenvolvimento possui seus próprios desafios, necessidades e recursos e incluem tarefas que precisam ser completadas antes de a família ser capaz e se mover com sucesso para o próximo estágio. Mudanças sociais e o envelhecimento da população causaram mudanças nos estágios e transições do ciclo de vida familiar. Por exemplo, os jovens não estão deixando a casa como o previsto ou tão cedo quanto no passado, e muitos estão retornando para casa. Além disso, mais pessoas estão vivendo os seus 80 e 90 anos. Sessenta e cinco anos é agora considerado "a parte final da meia-idade", e o tamanho do estágio da meia-idade no ciclo de vida familiar aumentou, assim como o estágio final da vida familiar.

McGoldrick e Carter basearam seus 1.985 modelos clássicos de estágios de vida familiar em expansão, contração e realinhamento das relações familiares que suportam a entrada, saída e desenvolvimento dos membros (Hanson e outros, 2005). Esse modelo descreve os aspectos emocionais da transição do estilo de vida e as mudanças e tarefas necessárias para a família prosseguir seu desenvolvimento

*O Brasil, desde 1993, conta com o Programa Saúde da Família (PSF), estratégia criada pelo Ministério da Saúde que mudou o modelo de atenção à saúde no país. Este programa é formado por uma equipe multidisciplinar, responsável por até 4.000 habitantes, que realiza ações de promoção da saúde, prevenção e assistência, atuando na recuperação e reabilitação nos casos de doenças. Desta forma, foi possível conseguir uma redução no movimento das emergências e nos problemas de saúde. As equipes são compostas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 6 a 10 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

TABELA 10-1 Estágios do Ciclo de Vida Familiar

ESTÁGIO DO CICLO DE VIDA FAMILIAR	TRANSIÇÃO DOS PROCESSOS EMOCIONAIS: PRINCÍPIOS-CHAVE	MUDANÇAS NO STATUS FAMILIAR REQUERIDAS PARA PROSSEGUIR O DESENVOLVIMENTO
Jovem adulto não comprometido	Aceitação da separação entre pais e filhos	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciação dele mesmo em relação à família de origem Desenvolvimento de relacionamentos íntimos Estabelecimento dele mesmo no trabalho Formação de sistema matrimonial Realinhamento do relacionamento com a família ampliada e amigos para incluir o cônjuge Ajuste do sistema matrimonial para dar espaço aos filhos Pega papéis de pais
Junção de famílias pelo casamento: casal recém-casado	Compromisso com um novo sistema	<ul style="list-style-type: none"> Realinhamento do relacionamento com a família ampliada e amigos para incluir os papéis de pais e avós Mudança no relacionamento de pai e filho para permitir aos adolescentes entrarem e saírem do sistema Refoca nos assuntos de carreira e materiais da meia-vida Começa a mudar o foco para as gerações mais velhas Ajuste na redução do tamanho da família Desenvolvimento de relacionamentos de adultos com adultos entre os filhos em crescimento e seus pais Realinhamento dos relacionamentos para incluir sogro, sogra, nora, genro e netos
Família com crianças pequenas	Aceitação da nova geração de membros no sistema	<ul style="list-style-type: none"> Lida com deficiências e morte dos pais (avós) Mantém as funções próprias ou do casal e interesses em face ao declínio fisiológico; exploração das novas opções de família e papéis sociais Abre espaços no sistema para sabedoria e experiência dos idosos; apoia gerações mais velhas sem sobrecarregá-las Lida com a aposentadoria Lida com a perda do cônjuge, irmãos e outros colegas e prepara-se para sua própria morte; revisão da vida, na qual cada um faz uma revisão das experiências da vida e decisões
Famílias com idade avançada	Aceitar deslocamento dos papéis de gerações	
Jovens entrando e saindo de casa	Aceitas várias saídas e entradas no sistema familiar	
Famílias com idade avançada	Aceitar deslocamento dos papéis de gerações	

De Duvall EM, Miller BC: *Marriage and family development*, ed 6, Boston, 2005, Allyn and Bacon. Copyright © 1985 by Pearson Education. Reimpresso com permissão da editora.

(Tabela 10-1). Por isso, a enfermeira pode utilizar este modelo para fornecer comportamentos para atingir tarefas essenciais e ajudar a famílias a se prepararem para transições futuras. Por exemplo, ajudar as famílias a se prepararem para um novo bebê (Cap. 13) ou como enfrentar a morte de um ente querido (Cap. 30).

Atributos Familiares

Estrutura

As famílias também possuem uma estrutura e um modo de funcionamento. Estrutura e funcionamento estão intimamente relacionados e interagem continuamente um com o outro. A estrutura é baseada no curso do relacionamento das famílias e nos padrões de relacionamento, que costumeiramente são numerosos e complexos. Por exemplo, o relacionamento de uma mulher inclui marido-mulher, mãe-filho, mãe-filha, chefe-subordinado e colega-colega, cada um com demandas, papéis e expectativas diferentes. Padrões de relacionamentos formam estruturas de poder e papéis dentro da família. Determine essa estrutura observando o comportamento e interações da família.

A estrutura melhora ou piora a capacidade da família para responder a fontes de tensões. Estruturas muito rígidas ou muito flexíveis prejudicam o funcionamento. Uma estrutura rígida determina especificamente quem é capaz de realizar a tarefa e pode limitar o

número de pessoas fora da família imediata que poderia assumir essa tarefa. Por exemplo, em uma família a mãe é a única pessoa aceitável para fornecer suporte emocional para os filhos, ou o marido é o único a fornecer suporte financeiro. Uma mudança no *status* de saúde da pessoa responsável por uma tarefa coloca um fardo na família, porque ninguém está disponível ou se considera capaz de assumir essa tarefa. Por exemplo, quando a pessoa responsável pelos afazeres domésticos está doente, as tarefas de gerenciar as atividades domésticas (p. ex., preparar as refeições, manutenção da casa, levar as crianças a compromissos e eventos) precisam ser compartilhadas. O filho mais velho pode ajudar a preparar as refeições, e o outro cônjuge ou outro membro da família pode levar as crianças aos eventos ou talvez os eventos sejam reagendados.

Uma estrutura muito aberta também apresenta problemas para a família. Padrões de comportamento consistentes que levam a uma ação automática não existem, e a promulgação de papéis é excessivamente flexível. Um exemplo comum é o inconsistente papel materno/paterno. O pai às vezes é uma figura muito rígida e autoritária e em outros momentos trata o filho como “seu melhor amigo e confidente”. Esse tipo de conduta leva os membros da família a se sentirem confusos sobre o comportamento adequado e quem é confiável para ajudar. Isso gera um sentimento geral de instabilidade. Durante uma crise ou rápida mudança, os membros da família não possuem uma estrutura definida para “ter em quem se apoiar”, e a desintegração da família é, muitas vezes, o resultado.

Funcionamento

O funcionamento familiar é o que uma família faz. Aspectos funcionais específicos incluem a forma como a família reproduz, interage para socializar seus membros mais jovens, coopera para ajustar suas necessidades financeiras, e se relaciona com a sociedade maior (Hanson e outros, 2005). O funcionamento familiar também foca no processo usado pelas famílias para atingir seus objetivos. Esses processos incluem comunicação entre os membros da família, o ajuste de objetivos, resolução de conflitos, cuidados com as crianças, consolidação, e uso de recursos internos e externos. Objetivos tradicionais de reprodução, sexuais, econômicos e educacionais que já foram uma vez objetivos familiares universais não são mais aplicados a todas as famílias. Quando as necessidades psicológicas dos membros familiares não são atendidas, sintomas de disfunção familiar são as consequências usuais.

As famílias atingem os objetivos quando a comunicação é clara e direta. A comunicação clara realça a solução dos problemas e a resolução dos conflitos, e facilita lidar com as mudanças da vida ou fatores de tensões e ameaças à vida. Outro processo para facilitar atingir os objetivos inclui a capacidade de acolher e promover o crescimento. Por exemplo, famílias podem ter uma celebração específica para um boletim com boas notas, um trabalho bem feito, ou marcos específicos. Famílias também se consolidam ajudando as crianças a diferenciar o certo do errado. Nessa situação, a família pode ter uma forma de disciplina específica de castigo, como um tempo fora das brincadeiras ou retirando privilégios, e a criança sabe quando o castigo foi aplicado. Assim, quando essas situações acontecem, a criança é disciplinada e aprende a não ter mais aquele comportamento.

Famílias necessitam ter múltiplos recursos disponíveis. Por exemplo, uma rede de amizades é muito útil e uma excelente fonte de recursos. Relacionamentos sociais, como amizades e igrejas, dentro da comunidade funcionam como meios de amenizar a situação, particularmente durante momentos de tensão, e reduzem a vulnerabilidade familiar.

A Família e a Saúde

Muitos fatores influenciam a saúde da família (p. ex., seus posicionamentos na sociedade, recursos financeiros e localização geográfica). Apesar de o fato de famílias americanas existirem dentro da mesma cultura, elas vivem de formas diversas como resultado de raças, classes sociais e etnias. Para um grupo de minoria há múltiplas gerações de pais solteiros vivendo juntos na mesma casa. Classes e etnias produzem diferenças no acesso das famílias aos recursos sociais e recompensas, e este acesso cria diferenças na vida familiar, mais significativas em diferentes momentos da vida dos membros familiares.

A distribuição das riquezas afeta consideravelmente a capacidade de manter a saúde. Baixa escolaridade, pobreza e diminuição das condições de suporte compostas uns aos outros, ampliam o impacto de cada um deles sobre a doença das famílias, e ampliam a quantidade de doenças nas famílias. A estabilidade econômica aumenta o acesso da família a um plano de saúde adequado, cria mais oportunidades para a educação, aumenta a boa nutrição e diminui o estresse.

A família é o contexto social primário em que a promoção da saúde e a prevenção de doenças tomam lugar. As crenças, valores, e práticas familiares influenciam e muito os comportamentos de promoção de saúde dos seus membros (Hartrick, 2000). Por sua vez as condições de saúde de cada indivíduo influenciam como funciona a união familiar e suas capacidades para alcançar os objetivos. Quando a família funciona satisfatoriamente para alcançar seus objetivos, seus membros tendem a se sentirem positivos em relação a si mesmos e em relação à sua família. Assim também, quando eles não atingem seus objetivos, as famílias se veem como ineficientes.

Algumas famílias não disponibilizam elevados valores na boa saúde. De fato, algumas famílias aceitam práticas prejudiciais. Em alguns casos, os membros da família dão informações mistas e confusas sobre saúde. Por exemplo, um pai continua a fumar enquanto diz a seus filhos que fumar é prejudicial a eles. Um ambiente familiar é fundamental porque o comportamento sobre saúde reforçado logo cedo na vida possui uma grande influência nas práticas de saúde no futuro. Além disso, o ambiente familiar é um fator crucial no ajuste do indivíduo frente a uma crise. Apesar de os relacionamentos serem tensos quando confrontados com doenças, pesquisas indicam que membros das famílias possuem um potencial de serem as forças principais para enfrentar essas situações (Bluvol e Ford-Gilboe, 2004).

Atributos das Famílias Saudáveis. O trabalho clássico de Ruebin Hill (1958) relata que é possível explicar as reações de famílias à prova de crise e famílias propensas a crises. A família à prova de crise, ou efetiva, é capaz de combinar as necessidades de estabilidade com as necessidades de crescimento e mudanças. Esse tipo de família possui uma estrutura flexível que permite o desempenho adaptável às tarefas e aceitação de ajuda vinda de sistemas familiares externos. A estrutura é flexível a ponto de permitir adaptação, mas não tão flexível a ponto de a família perder a coesão e o senso de estabilidade. A família efetiva possui controle sobre o ambiente e influencia o ambiente doméstico, a vizinhança imediata e na escola. A família ineficiente, ou propensa a crises, as deficiências e falta de crenças levam a uma perda de controle sobre esse ambiente.

A pesquisa de promoção de saúde geralmente é focada no efeito de estresse moderado de **persistência** e **resiliência** como fatores que contribuem para a saúde a longo prazo. A persistência familiar são as forças internas e durabilidade da unidade familiar. O senso de controle sobre o resultado da vida, a visão de mudanças como produções benéficas e de crescimento, e uma orientaçãoativa, ao invés de passiva, na adaptação aos eventos de tensões caracterizam famílias persistentes (McCubbin, McCubbin e Thompson, 1996). A resiliência ajuda a avaliar a resposta saudável quando indivíduos e famílias estão experimentando eventos de estresse. Recursos e técnicas são utilizados por família ou indivíduos dentro da família para manter o equilíbrio ou nível de assistência à saúde em entendimento ao nível de resiliência familiar.

Cuidados de Enfermagem Familiares

Para promover compaixão e cuidados a seus clientes e suas famílias, você precisa de uma base de conhecimentos científicos sobre as teorias familiares, assim como uma base de conhecimento adequado sobre enfermagem familiar. Um foco nas famílias é necessário com o objetivo de dar alta aos clientes com segurança para famílias e sua comunidade. Um membro cuidador pode precisar assumir um papel principal de cuidador. O membro cuidado possui necessidades as únicas de enfermagem e de cuidar, e muitas vezes se sente abandonado pelo sistema de saúde (Reinhard, 2006). Quando ocorre uma doença que muda a vida, a família precisa fazer um grande ajuste para cuidar de um membro da família (Bluvol e Ford-Gilboe, 2004).

A enfermagem familiar é baseada no pressuposto de que todas as pessoas, sem distinção de idade, são membros de algum tipo de forma familiar. Essa forma familiar é a família nuclear tradicional, família de pais solteiros, famílias extendidas ou famílias alternativas. O objetivo dos cuidados de enfermagem familiares é auxiliar a família e seus membros a atingir e manter a máxima saúde além e durante a experiência da doença (Quadro 10-3). A enfermagem familiar é o

QUADRO 10-3 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Esperança, Saúde, e Qualidade de Vida nas Famílias de Sobrevidentes de Derrame



Resumo das Evidências

Quando uma pessoa sofre um derrame, este é muitas vezes um evento de mudanças drásticas na vida para o esposo/esposa, família e entes queridos. Conforme o cliente vai passando pelas fases do derrame e sua recuperação, a família enfrenta os encargos financeiros e emocionais do mesmo. Quando o cliente retorna à casa, qualquer incapacidade existente afeta o cuidador principal, geralmente o esposo/esposa, e outros membros da família. As famílias enfrentam mudanças quando se ajustam as consequências físicas, emocionais e psicológicas do derrame. Os papéis sociais e as atividades dos cuidadores e de sua família, assim como suas atividades e práticas relacionadas à saúde e à dinâmica familiar, mudam. Como resultado, os membros da família notam uma mudança na sua saúde física e emocional e um declínio em sua qualidade de vida.

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- Foque as intervenções nas forças familiares (p. ex., se algum membro da família é bom em ajudar seu ente querido a se exercitar, envolva-o nas atividades de reabilitação física).
- Considere o cuidador principal experiente quando designar intervenções (p. ex., o cuidador observou alguma técnica de cuidados de enfermagem? O cuidador possui algum conhecimento de cuidados de saúde? Ele já prestou cuidados à outra pessoa?).
- Construa sobre as forças do sobrevivente de derrame e esposa/esposo, incluindo seu senso de esperança, em vez de somente focar em alguma fraqueza e desafios.
- Encoraje o sobrevivente do derrame e cuidador a “contar sua história”.

Referência

Bluvol A, Ford-Gilboe M: Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors, *J Adv Nurs* 48(4):322, 2004.

foco do futuro dentro de todos os conjuntos de práticas de saúde e é importante para todos os ambientes de promoção de saúde.

Existem diferentes formas de abordagem para a prática de cuidados familiares. Para a proposta deste capítulo, práticas de cuidados familiares possuem três níveis de abordagens: (1) **família como contexto**, (2) **família como cliente** e (3) o mais novo modelo, chamado **família como sistema**, a qual inclui ambos os conceitos, relacionais e transacionais. Se ao menos um membro da família receber cuidados de enfermagem, é realístico e prático visualizar a família como contexto. Quando todos os membros familiares estão envolvidos nos cuidados diários uns dos outros, as intervenções de enfermagem para um indivíduo necessitam de algumas mudanças nas atividades dos demais, sugerindo que a família como cliente seja melhor forma de abordar. Todas as três formas de abordagem são úteis na prestação dos cuidados de enfermagem.

Família como Contexto

Quando você vê a família como contexto, o foco principal é na saúde e desenvolvimento do membro individual existente dentro de um ambiente específico (*i. e.*, a família do cliente). Apesar de o foco ser na condição de saúde do indivíduo, avalie o quanto a família atende as necessidades básicas individuais. As necessidades variam, dependendo do nível de desenvolvimento individual e da situação. Como

as famílias proporcionam mais do que somente os materiais essenciais, você também precisará considerar suas capacidades em ajudar o cliente a atender suas necessidades psicológicas. Alguns membros da família necessitam intervenções diretas neles mesmos. Por exemplo, considere o seguinte:

Você foi designado para cuidar de Patrick Davis, o qual foi recentemente diagnosticado com doença na artéria coronária. Ele está se recuperando de uma inserção de uma prótese para aumentar o fluxo sanguíneo coronariano. Ele é casado e tem três filhos, com idades de 11 a 16 anos, os quais vivem na mesma casa. O maior foco do seu cuidado é modificar os fatores de risco de Patrick relacionados à doença na artéria coronária.

Apesar de você querer cuidar de toda a família, suas interações incluem apenas o Patrick e sua mulher. Você trabalha com o casal para a criação de intervenções e de um novo estilo de vida, como dietas e padrões de exercícios, para modificar os fatores de risco de Patrick.

Famílias como Clientes

Quando a família como cliente é a abordagem, o processo familiar e os relacionamentos (p. ex., auxílio familiar ou cuidados com as crianças) são os focos principais dos cuidados de enfermagem. Foque sua avaliação de enfermagem nos padrões familiares *versus* características individuais. Concentre-se nos padrões e processos que são consistentes com o alcance e a manutenção da saúde familiar e individual. Para ilustrar a família como cliente, considere o seguinte:

Você está cuidado de um caso terminal de David Daniel, que tem 35 anos de idade. David e sua mulher, Lisa, possuem três crianças em idade escolar. David expressou o desejo de falecer em casa e não em um hospital ou instituições de cuidados ampliados. Lisa tirou licença familiar de seu trabalho para ajudar David durante esse período. Tanto Lisa quanto Davi são filhos únicos. Os pais de Davi já são falecidos, mas a mãe de Lisa está vindo para ficar com a família e ajudar Lisa e Davi e seus filhos também.

Apesar de David ser o receptor principal de cuidados, toda a família necessita de cuidados de enfermagem e suporte para lidar com os estressores dos cuidados terminais. Desta forma, você precisa planejar cuidar não apenas das necessidades do cliente, mas também das necessidades em transição de sua família durante esse difícil período. Lidar com problemas familiares muito complexos geralmente requer uma abordagem interdisciplinar. Sempre esteja atento aos limites das práticas de enfermagem, e faça encaminhamento quando apropriado.

Famílias como Sistema

É importante entender que, apesar de você ser capaz de fazer distinções teóricas e práticas entre a família como contexto e a família como cliente, elas não são necessariamente mutuamente exclusivas. Muitas vezes, você utilizará ambas simultaneamente, como uma perspectiva da família como sistema. Uma continuação do cenário clínico prévio para David Danies ilustra a diferença:

Quando você vê a família como contexto, você foca no cliente (David) como um indivíduo. Você avalia e atende as necessidades de David quanto a conforto, higiene e nutrição. Você também atende as necessidades sociais e emocionais de David.

15 | Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem



OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Descrever as características de um pensador crítico.
- Discutir a responsabilidade da enfermeira na tomada de decisões clínicas.
- Discutir como a reflexão melhora a prática de enfermagem.
- Discutir como a redação de um diário promove o pensamento crítico.
- Descrever os componentes de um modelo de pensamento crítico para a tomada de decisões clínicas.
- Discutir as habilidades de pensamento crítico usadas na prática de enfermagem.
- Explicar a relação entre a experiência clínica e o pensamento crítico.
- Discutir as atitudes de pensamento crítico usadas na tomada de decisões clínicas.
- Explicar como os padrões profissionais influenciam as decisões clínicas de uma enfermeira.
- Discutir a relação do processo de enfermagem com o pensamento crítico.



TERMOS-CHAVE

Conhecimento baseado em evidências, p. 216

Inferência, p. 220

Mapa conceitual, p. 227

Método científico, p. 219

Pensamento crítico, p. 216

Processo de enfermagem, p. 221

Prognóstico, p. 220

Raciocínio diagnóstico, p. 219

Reflexão, p. 226

Resolução de problemas, p. 219

Tomada de decisões, p. 219

Tomada de decisões, p. 219

Como enfermeira você vai se defrontar com muitas situações clínicas envolvendo clientes, membros da família, a equipe de saúde e os pares. Para pensar de modo inteligente, você tem de desenvolver habilidades de pensamento crítico para enfrentar cada nova experiência e cada novo problema envolvendo o cuidado de um cliente com a mente aberta, criatividade, confiança e sabedoria intelectual. Quando um cliente apresenta um novo conjunto de sintomas, pede a você para recomfortá-lo ou precisa de um procedimento, é importante pensar criticamente e fazer julgamentos sensatos de modo que o cliente receba o melhor cuidado de enfermagem possível. O pensamento crítico não é um processo linear simples, etapa por etapa, que você apresente da noite para o dia. É um processo adquirido unicamente pela experiência, a dedicação e uma curiosidade ativa com relação ao aprendizado.

Decisões Clínicas na Prática de Enfermagem

As enfermeiras são responsáveis por tomar decisões clínicas precisas e adequadas. A tomada de decisões clínicas separa as enfermeiras profissionais do pessoal técnico. É a enfermeira profissional, por exemplo, que toma providências imediatas quando a condição clínica de um cliente se agrava, que decide se um cliente está apresentando complicações que exigem que se avise a um médico ou profissional de saúde ou que decide se um plano de instrução a um cliente é ineficaz e precisa ser revisto. Benner (1984) descreveu a tomada de decisões clínicas como um julgamento que inclui o pensamento e a ação críticos e reflexivos e a aplicação de lógica científica e prática. Muitos clientes têm problemas de cuidados de saúde para os quais não há soluções claras nos livros-texto. Os problemas de cada cliente são singulares, o produto de muitos fatores, incluindo saúde física do cliente, seu estilo de vida, sua cultura, sua relação com familiares e amigos, seu ambiente de vida e suas experiências. Como enfermeira, portanto, você nem sempre tem uma noção clara das necessidades do cliente e das medidas apropriadas a serem tomadas ao encontrar um cliente pela primeira vez. Você tem de aprender, isso sim, a questionar, usar a imaginação e explorar perspectivas e interpretações diferentes para encontrar uma solução que beneficie o cliente.

Como não há dois clientes que tenham os mesmos problemas de saúde, você tem sempre de observar atentamente cada cliente. Procure e examine ideias e inferências relativas aos problemas do cliente, considere os princípios científicos relacionados com os problemas, reconheça os problemas e elabore uma abordagem ao cuidado de enfermagem. Ao adquirir experiência, você vai aprender a procurar de maneira criativa novos conhecimentos, a agir rapidamente quando os eventos apresentarem mudanças e a tomar decisões de qualidade para o bem-estar do cliente. Você vai verificar que a enfermagem é gratificante e produz um sentimento de realização por meio das decisões clínicas que tomar. O pensamento crítico é fundamental para a prática da enfermagem profissional, por lhe permitir testar e refinar as abordagens de enfermagem, aprender com os sucessos e os fracassos e aplicar novos conhecimentos (p. ex., achados de pesquisa de enfermagem).

Pensamento Crítico Definido

Pensar e aprender são processos relacionados. Com o tempo, seu conhecimento e suas experiências clínicas expandem sua capacidade de fazer observações, julgamentos e escolhas de maneira ponderada.

Muitas definições do pensamento crítico enfatizam a lógica e o raciocínio (Di Vito-Thomas, 2005). O **pensamento crítico** é um processo cognitivo organizado ativo que é usado para se examinar cuidadosamente o próprio pensamento e o pensamento de outras pessoas (Chaffee, 2002). Ele envolve o reconhecimento de que há uma questão (p. ex., os problemas do cliente), a análise das informações relativas à questão (p. ex., dados clínicos referentes a um cliente), a avaliação das informações (revisão das suposições e das evidências) e a obtenção de conclusões (Settersten e Lauer, 2004). Um indivíduo que pensa criticamente considera o que é importante numa situação, imagina e explora alternativas, considera princípios éticos e toma então decisões informadas. Considere o seguinte exemplo de caso:

O Sr. Jacobs é um cliente de 58 anos de idade que foi submetido a uma prostatectomia radical para um câncer de próstata no dia de ontem. Sua enfermeira, Tonya, encontra o cliente deitado na cama em decúbito dorsal com os braços estendidos ao lado do corpo, porém tensos. Ao verificar a ferida cirúrgica do cliente e seu dispositivo de drenagem, Tonya observa que o cliente faz uma careta quando ela apalpa delicadamente a área incisional. Ela pergunta ao Sr. Jacobs quando foi a última vez que ele virou de lado e ele responde, "Só em alguma hora da noite passada." Tonya pergunta ao Sr. Jacobs se ele está tendo dor na incisão e ele balança a cabeça afirmativamente, dizendo, "Dói demais quando eu me mexo." Tonya considera as informações que ela observou e que obteve do cliente, determinando que ele está com dor e tem sua mobilidade reduzida por causa dela. Ela decide que precisa tomar providências para aliviar a dor do Sr. Jacobs, para poder virá-lo mais frequentemente e começar a fazer com que ele se levante da cama para se recuperar.

Quando você cuida de um cliente, o pensamento crítico começa por se fazer as seguintes perguntas: O que eu sei de fato a respeito da situação deste cliente? Como eu sei isso? Quais são as opções disponíveis para mim (Paul e Heaslip, 1995). No caso de Tonya, ela sabia que a dor provavelmente ia ser um problema, porque o cliente tinha passado por uma cirurgia extensa. A revisão de suas observações e o relato de dor do cliente confirmaram seu conhecimento de que a dor era um problema. Suas opções incluem administrar um analgésico ao Sr. Jacobs e esperar então que ele faça efeito para que ela possa reposicionar o cliente e deixá-lo mais confortável. Quando ele tiver uma dor menos aguda, Tonya pode tentar também ensinar ao Sr. Jacobs alguns exercícios de relaxamento.

Você pode começar a aprender o pensamento crítico logo ao início de sua prática. Por exemplo, ao aprender a administrar banhos no leito e outras medidas de higiene a seus clientes, gaste algum tempo lendo seu livro-texto e a literatura de enfermagem a respeito do conceito de conforto. Quais são os critérios para o conforto? Como os clientes de outras culturas percebem o conforto? Quais são os muitos fatores que promovem o conforto? O uso do **conhecimento baseado em evidências**, ou conhecimento baseado em pesquisas ou na perícia clínica, faz de você um pensador crítico informado. Pensar criticamente e aprender sobre o conceito de conforto a prepara para prever melhor as necessidades de seu cliente. Você também vai identificar mais rapidamente os problemas de conforto e proporcionar cuidados apropriados. O pensamento crítico é um compromisso para pensar clara, precisa e adequadamente e a agir numa situação com base no seu conhecimento.

O pensamento crítico exige não apenas habilidades cognitivas, como também que a pessoa se habitue a fazer perguntas, a permanecer bem informada, a ser franca ao enfrentar os vieses pessoais e a estar sempre disposta a reconsiderar e a pensar claramente sobre as questões (Facione, 1990). Há habilidades básicas do pensamento crítico que, quando aplicadas à enfermagem, mostram a natureza

TABELA 15-1 Habilidades de Pensamento Crítico

HABILIDADE	APLICAÇÕES DE PRÁTICA EM ENFERMAGEM
Interpretação	Ter organização na coleta de dados. Procurar padrões para categorizar os dados (p. ex., diagnósticos de enfermagem [Cap. 17]). Esclarecer quaisquer dados sobre os quais você tenha dúvidas.
Análise	Ter a mente aberta ao examinar as informações sobre um cliente. Não fazer suposições descuidadas. Os dados revelam que aquilo que você acredita é verdadeiro ou há outras opções?
Inferência	Examinar o significado e a significância dos achados. Há relações entre os achados? Os dados relativos ao cliente lhe ajudam a ver que existe um problema?
Avaliação	Examinar objetivamente todas as situações. Usar critérios (p. ex., resultados esperados, características da dor, objetivos de aprendizado) para determinar os resultados das ações de enfermagem. Refletir sobre seu próprio comportamento.
Explicação	Obter apoio para seus achados e conclusões. Usar o conhecimento e a experiência para escolher estratégias para usar no cuidado de clientes.
Autorregulação	Refletir sobre suas experiências. Identificar as maneiras pelas quais você pode melhorar seu próprio desempenho. O que lhe faz achar que você foi bem-sucedida?

Modificado de Facione P: *Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. The Delphi report: research findings and recommendations prepared for the American Philosophical Association*, ERIC Doc No. ED 315-423, Washington, DC, 1990, ERIC.

TABELA 15-2 Conceitos para um Pensador Crítico

CONCEITO	COMPORTAMENTO PARA UM PENSADOR CRÍTICO
Buscar a verdade	Procurar o verdadeiro significado de uma situação. Ter coragem ao fazer perguntas; ser sincero e objetivo ao fazer perguntas.
Mente aberta	Ter tolerância quanto a opiniões diferentes; ser sensível quanto à possibilidade de seus próprios preconceitos; respeitar o direito dos outros de ter opiniões diferentes.
Analiticidade	Analisa situações potencialmente problemáticas; prever possíveis resultados ou consequências; valorizar a razão; usar o conhecimento baseado em evidências.
Sistematicidade	Ser organizado, focalizado; trabalhar duro em qualquer investigação.
Autoconfiança	Confiar em seus próprios processos de raciocínio.
Curiosidade	Estar disposto a adquirir conhecimento e a aprender explicações, mesmo que as aplicações do conhecimento não sejam imediatamente evidentes. Valorizar o aprendizado pelo aprendizado.
Maturidade	Soluções múltiplas são aceitáveis. Refletir sobre seus próprios julgamentos; ter maturidade cognitiva.

Modificado de Facione N, Facione P: Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment, *Nurs Outlook* 44(3):129, 1996.

complexa da tomada de decisões clínicas (Tabela 15-1). Ser capaz de aplicar todas essas habilidades exige prática. Você também vai precisar ter uma base de conhecimento sólida e considerar de maneira ponderada os conhecimentos que adquiriu ao cuidar de clientes.

As enfermeiras que aplicam o conhecimento crítico em seu trabalho focalizam as opções para a resolução de problemas e a tomada de decisões, em vez de formar soluções rápidas de maneira apressada e descuidada (Kataoka-Yahiro e Saylor, 1994). As enfermeiras que trabalham em situações de crise como serviços de emergência frequentemente agem com rapidez quando ocorrem problemas com o cliente. Entretanto, mesmo essas enfermeiras exercem disciplina na tomada de decisões para evitar decisões prematuras e incorretas. Aprender a pensar criticamente lhe ajuda a cuidar de clientes como seu defensor, ou apoio, e a fazer escolhas mais bem informadas com relação a seu cuidado. Facione e Facione (1996) identificaram conceitos para pensar criticamente (Tabela 15-2). O pensamento crítico é mais do que a resolução de problemas. É uma tentativa de melhorar continuamente a maneira de agir ao se defrontar com problemas no cuidado do cliente.

Pensando e Aprendendo

O aprendizado é um processo de toda a vida. Seu crescimento intelectual e emocional envolve aprender novos conhecimentos e refinar sua capacidade de pensar, resolver problemas e fazer julgamentos.

Para aprender, você tem de ser flexível e estar sempre aberto a novas informações. A ciência da enfermagem está crescendo rapidamente e sempre haverá informações novas para você aplicar na prática. À medida que adquirir maior experiência clínica e aplicar o conhecimento que aprender, você vai se tornar mais capaz de formar suposições, apresentar ideias e tirar conclusões válidas.

Ao cuidar de um cliente, pense sempre bem adiante e faça essas perguntas: Qual é o estado do cliente agora? Como ele pode se alterar e por quê? O que eu sei para melhorar a condição do cliente? De que maneira uma terapia específica vai afetar o cliente? Não deixe seu pensamento se tornar rotineiro ou padronizado. Em vez disso, aprenda a olhar além do óbvio em qualquer situação clínica, explorar as respostas específicas do cliente às alterações de saúde e reconhecer as providências que são necessárias para beneficiar o cliente. Com o tempo, sua experiência com muitos clientes vai lhe ajudar a reconhecer padrões de comportamento, ver aspectos comuns nos sinais e sintomas e prever as reações às terapias. Pensar sobre essas experiências permitirá a você antecipar cada nova necessidade do cliente e reconhecer problemas quando eles se desenvolverem.

Níveis de Pensamento Crítico na Enfermagem

Sua capacidade de pensar criticamente cresce à medida que você adquire novos conhecimentos na prática de enfermagem. Kataoka-

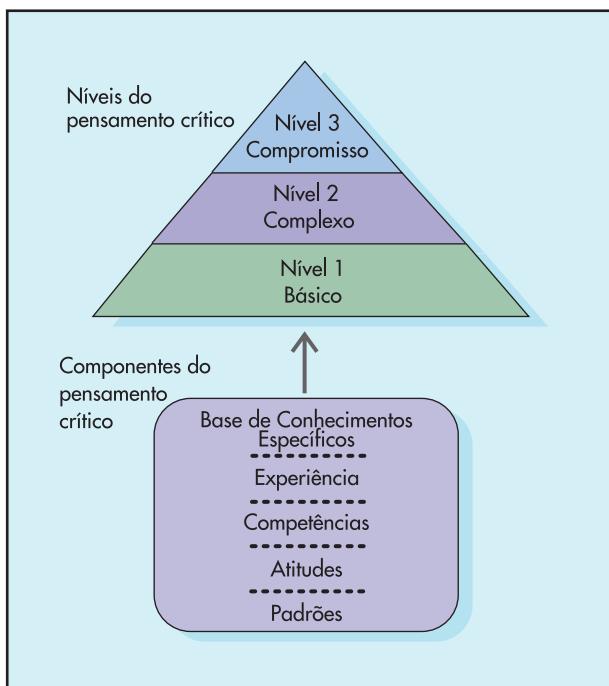


Figura 15-1 Modelo do pensamento crítico para o julgamento de enfermagem. (Redesenhado de Kataoka-Yahiro M, Saylor C: A critical thinking model for nursing judgment, *J Nurs Educ* 33(8):351, 1994. Modificado de Glaser, 1941; Miller e Malcolm, 1990; Paul, 1993; e Perry, 1979.)

Yahiro e Saylor (1994) elaboraram um modelo de pensamento crítico (Fig. 15-1) que inclui três níveis de pensamento crítico: básico, complexo e de compromisso. Como um estudante novato, você vai aplicar o modelo de pensamento crítico ao nível básico. Posteriormente, ao avançar na prática, você vai adotar o pensamento crítico complexo e o compromisso.

Pensamento Crítico Básico

No nível básico do pensamento crítico, uma pessoa que está aprendendo confia em que os especialistas tenham as respostas certas para todo e qualquer problema. O pensamento é concreto e baseado num conjunto de regras ou princípios. Por exemplo, como estudante de enfermagem você usa o manual de procedimentos de um hospital para inserir um cateter de Foley. Você provavelmente vai seguir o procedimento passo a passo sem ajustar o procedimento para atender às necessidades específicas do cliente (p. ex., posicionamento para reduzir a um mínimo a dor do cliente ou suas restrições à mobilidade). Você não tem experiência suficiente para prever como individualizar o procedimento. Nesse nível, as respostas a problemas complexos são certas ou erradas (p. ex., há ar demais ou não o bastante no balão do cateter de Foley) e geralmente há uma resposta correta para cada problema. O pensamento crítico básico é uma etapa inicial no desenvolvimento do raciocínio (Kataoka-Yahiro e Saylor, 1994). Um pensador crítico no nível básico aprende a aceitar as diferentes opiniões e os diferentes valores dos especialistas (p. ex., modelos de papéis de instrutores e de enfermeiras da equipe). Inexperiência, competências fracas e atitudes inflexíveis, porém, limitam a capacidade de uma pessoa em passar para o nível subsequente de pensamento crítico.

Pensamento Crítico Complexo

Os pensadores críticos no nível complexo começam a se separar das autoridades. Eles analisam e examinam as opções com maior independência. A capacidade de pensamento da pessoa e sua iniciativa em ir além da opinião dos especialistas começam a se modificar. Uma enfermeira aprende que existem efetivamente soluções alternativas, e talvez conflitantes.

Considere o caso do Sr. Rosen, um homem de 36 anos de idade que foi submetido a uma cirurgia do quadril. O cliente está sentindo dor, mas está recusando o analgésico que lhe foi prescrito. Seu cuidador está preocupado em que o cliente não evolua conforme o planejado, atrasando a reabilitação. Ao discutir com o Sr. Rosen a importância da reabilitação, o enfermeiro, Edwin, percebe a razão do cliente para não tomar a medicação para dor. Ele fica sabendo que o cliente pratica meditação em casa. Como pensador crítico no nível complexo, Edwin entende que o Sr. Rosen pode escolher aliviar a sua dor com outros métodos que não os analgésicos. Edwin decide discutir com o cliente a meditação e outras intervenções não-farmacológicas como opções para o controle da dor.

No pensamento crítico complexo, cada solução tem benefícios e riscos que você aprende a pesar antes de tomar uma decisão final. Há opções. O pensamento se torna mais criativo e inovador. O pensador crítico no nível complexo está disposto a considerar opções diferentes, fora dos procedimentos rotineiros, quando ocorrem situações complexas. Você aprende várias abordagens diferentes para a mesma terapia.

Compromisso

O terceiro nível do pensamento crítico é o do compromisso (Kataoka-Yahiro e Saylor, 1994). Nesse nível, uma pessoa prevê a necessidade de fazer escolhas sem a ajuda de outras pessoas. Qualquer que seja a decisão que você tomar, assuma a responsabilidade por ela. Como enfermeira, você faz mais do que apenas considerar as alternativas complexas ocasionadas por um problema. No nível do compromisso, você escolhe uma ação ou crença com base nas alternativas disponíveis e a apoia. Por vezes uma ação consiste em não agir ou você decide adiar uma ação até uma ocasião posterior. Você opta por adiar em consequência de sua experiência e seu conhecimento. Por assumir responsabilidade pela decisão, você dá atenção aos resultados de sua decisão e determina se ela foi adequada.

Competências do Pensamento Crítico

Kataoka-Yahiro e Saylor (1994) descreveram as competências do pensamento crítico como os processos cognitivos que uma enfermeira usa para fazer julgamentos a respeito do cuidado clínico dos clientes. Estes incluem o pensamento crítico geral, o pensamento crítico específico em situações clínicas e o pensamento crítico específico na enfermagem. Os processos de pensamento crítico geral não são específicos da enfermagem. Eles incluem o método científico, a resolução de problemas e a tomada de decisões. As competências do pensamento crítico específico em situações clínicas incluem o raciocínio diagnóstico, a inferência clínica e a tomada de decisões clínicas. A competência do pensamento crítico específico na enfermagem envolve o uso do processo de enfermagem.

Método Científico

O método científico é uma maneira de resolver problemas usando o raciocínio. É uma abordagem sistemática e ordenada à coleta de dados e à resolução de problemas. O método científico é usado na enfermagem, na medicina e em várias outras disciplinas. Ele é uma abordagem à procura da verdade ou à verificação de que um conjunto de fatos está de acordo com a realidade. Os pesquisadores de enfermagem usam o **método científico** ao testar questões de pesquisa em situações de prática de enfermagem. O método científico tem cinco etapas:

- Identificação do problema.
- Coleta dos dados.
- Formulação de uma questão de pesquisa ou hipótese.
- Teste da questão ou hipótese.
- Avaliação dos resultados do teste ou estudo.

Considere o exemplo a seguir do método científico na prática de enfermagem.

Uma enfermeira cuidando de clientes que recebem altas doses de quimioterapia para câncer do ovário vê um padrão de clientes apresentando uma inflamação grave na boca (mucosite) (Identifica um problema). A enfermeira lê artigos de pesquisa (Colhe dados) a respeito de mucosite e fica sabendo que há evidências mostrando que fazer os clientes manterem gelo na boca (crioterapia) durante a infusão da quimioterapia reduz a gravidade da mucosite depois do tratamento. A enfermeira pergunta (Formula questão de pesquisa), “Clientes com câncer de ovário que recebem quimioterapia têm uma mucosite de menor gravidade ao receber crioterapia versus o enxaguatório bucal padrão na cavidade oral?” A enfermeira elabora então um estudo comparando a incidência e a gravidade da mucosite num grupo de clientes que usam crioterapia versus aquelas que usam o enxaguatório bucal tradicional (Testa a questão). A enfermeira espera que os resultados do estudo proporcionem a outras enfermeiras de oncologia uma abordagem melhor para a redução da frequência e da gravidade da mucosite em clientes com câncer de ovário.

Resolução de Problemas

Nós todos enfrentamos problemas todos os dias, como um programa de computador que não funciona direito ou um amigo íntimo que perdeu um animal de estimação favorito. Quando surge um problema, nós obtemos informações e então usamos as informações e mais o que já sabemos para encontrar uma solução. Os clientes apresentam rotineiramente problemas na prática. Por exemplo, uma enfermeira de cuidado domiciliar visita uma cliente e fica sabendo que a cliente tem dificuldade em tomar regularmente suas medicações. A cliente não é capaz de descrever as medicações que tomou nos 3 últimos dias. Os frascos de medicações estão rotulados e cheios de medicação. A enfermeira tem de resolver o problema de por que a cliente não está aderindo a seu esquema de medicação ou seguindo esse esquema. A enfermeira sabe que a cliente teve alta do hospital e que ela recebeu prescrições de cinco medicações. Ao conversar com a cliente, a enfermeira fica sabendo que ela tem duas medicações adquiridas sem receita médica que ela também toma regularmente. Ao pedir à cliente para mostrar as medicações que toma pela manhã, a enfermeira observa que a cliente tem dificuldade em ler os rótulos das medicações. A cliente consegue descrever as medicações que toma, mas não tem certeza quanto aos horários de administração. A enfermeira recomenda que a farmácia da cliente refaça os rótulos das

medicações em letras maiores. Além disso, a enfermeira mostra a ela alguns exemplos de organizadores de comprimidos que vão ajudá-la a separar suas medicações pelo horário de administração por um período de 7 dias.

A **resolução de problemas** efetiva envolve também a avaliação da solução ao longo do tempo para se certificar de que ela é eficaz. Torna-se necessário experimentar opções diferentes caso um problema venha a ocorrer novamente. Pelo exemplo anterior, durante uma visita de seguimento a enfermeira verifica que a cliente organizou corretamente suas medicações e é capaz de ler os rótulos sem dificuldade. A enfermeira obteve informações que esclareceram corretamente a causa do problema da cliente e testou uma solução que se mostrou bem-sucedida. Ter resolvido um problema numa situação aumenta a experiência da enfermeira na prática e permite a ela aplicar esse conhecimento em situações com clientes futuros.

Tomada de Decisões

Quando se defronta com um problema ou uma situação e precisa escolher uma estratégia de ação entre diversas opções, você está tomando uma decisão. A **tomada de decisões** é um produto do pensamento crítico que focaliza a resolução de problemas. Seguir um conjunto de critérios ajuda a tomar uma decisão perfeita e ponderada. Por exemplo, a tomada de decisões ocorre quando uma pessoa decide sobre a escolha de um profissional de saúde. Para tomar uma decisão, um indivíduo tem de reconhecer e definir o problema ou situação (necessidade de um determinado tipo de profissional de saúde para prestar cuidados de saúde) e avaliar todas as opções (considerar os profissionais de saúde recomendados ou escolher um cujo consultório seja próximo de sua casa). A pessoa tem de pesar cada opção com relação a um conjunto de critérios (experiência, amabilidade e reputação), testar as possíveis opções (falar diretamente com os diferentes profissionais de saúde), considerar as consequências da decisão (examinar os prós e os contras da escolha de um profissional de saúde de preferência a outro) e tomar então uma decisão final. Embora o conjunto de critérios siga uma sequência de etapas, a tomada de decisões envolve mover-se para diante e para trás ao considerar todos os critérios. A tomada de decisões leva a conclusões informadas que têm o apoio de evidências e da razão. Os exemplos de tomada de decisões na área clínica incluem decidir quanto a uma escolha de curativos para um cliente com uma ferida cirúrgica ou selecionar a melhor abordagem para instruir uma família quanto a como ajudar um cliente que está voltando para casa depois de um acidente vascular cerebral. Você vai aprender a tomar decisões válidas abordando cada situação de forma ponderada e aplicando cada componente do processo de tomada de decisões mencionado anteriormente.

Raciocínio Diagnóstico e Inferência

O **raciocínio diagnóstico** inicia-se logo que você recebe informações sobre um cliente numa situação clínica. Este é um processo de determinar o estado de saúde de um cliente depois de atribuir significado aos comportamentos, os sinais físicos e os sintomas apresentados pelo cliente. O raciocínio diagnóstico tem início quando você entra em interação com um cliente ou quando você faz observações físicas ou comportamentais. Uma enfermeira perita vai ver o contexto da situação de um cliente (p. ex., reconhecer que o cliente que esteja se sentindo atordoado e com vista turva e que tenha uma história de diabetes está tendo um problema com os níveis sanguíneos de glicose), observar padrões e temas (p. ex., sintomas incluindo fraqueza, cefaleia, fome e distúrbios visuais sugestivos de hipoglicemia) e tomar decisões rapidamente (p. ex., oferecer uma fonte alimentar contendo glicose) (Ferrario, 2004). As informações que a enfermeira coleta e analisa levam a um diagnóstico da condição do

cliente. O raciocínio diagnóstico proporciona uma perspectiva clara do estado de saúde de um cliente. As enfermeiras não fazem diagnósticos médicos, mas elas efetivamente avaliam e monitoram atentamente os clientes e comparam os sinais e sintomas do cliente com aqueles que são comuns num diagnóstico médico. Esse tipo de raciocínio ajuda os médicos ou profissionais de saúde a determinar com precisão a natureza de um problema de modo mais rápido e a escolher terapias apropriadas.

Faz parte do raciocínio diagnóstico a **inferência**, o processo de tirar conclusões a partir de fragmentos de evidências (Smith Higuchi e Donald, 2002). Uma inferência envolve a formação de padrões de informações a partir dos dados antes de se fazer um diagnóstico. Percebendo que um cliente perdeu o apetite e teve perda de peso no último mês, a enfermeira infere que há um problema nutricional. Um exemplo de raciocínio diagnóstico consiste em formular um diagnóstico de enfermagem como *nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais* (Cap. 17).

No raciocínio diagnóstico, use dados do cliente que você reunir ou colher para explicar logicamente um julgamento clínico. Por exemplo, após virar um cliente, você vê uma área vermelha na coxa direita. Você palpa a área e percebe que ela está quente ao tato e o cliente se queixa de hipersensibilidade. Você pressiona a área com seu dedo e, depois que você libera a pressão, a área não empalidece ou fica branca. Você pensa no que sabe a respeito da integridade normal da pele e dos efeitos da pressão. Você formula a conclusão de que o cliente tem uma úlcera de pressão. Como uma estudante novata, confirme seu julgamento com enfermeiras experientes. Por vezes, seu julgamento clínico vai estar errado, mas consultar enfermeiras experientes vai lhe dar um *feedback* para lhe servir de base em situações futuras.

Muitas vezes você não consegue fazer um diagnóstico preciso em seu primeiro encontro com um cliente. Por vezes, você percebe que existe um problema, mas não tem dados suficientes para fazer um diagnóstico específico. As condições físicas de alguns clientes limitam sua capacidade de lhe informar a respeito dos sintomas. Alguns clientes decidem não compartilhar informações delicadas e importantes durante sua avaliação inicial. Os comportamentos e as respostas físicas dos clientes podem se tornar observáveis unicamente em determinadas condições, não presentes durante sua avaliação inicial. Quando não tiver certeza com relação a um diagnóstico, continue a coleta de dados. Como enfermeira, você tem de analisar criticamente situações clínicas com constante mudança até poder determinar a situação específica do cliente. O raciocínio diagnóstico é um comportamento contínuo na prática de enfermagem. Quaisquer conclusões diagnósticas que você venha a tirar vão ajudar o médico ou os profissionais de saúde a identificar mais rapidamente a natureza de um problema e a escolher as terapias médicas apropriadas.

Tomada de Decisões Clínicas

A tomada de decisões clínicas é uma atividade de resolução de problemas que focaliza a definição dos problemas do cliente e a seleção do tratamento apropriado (Smith Higuchi e Donald, 2002). Ao abordar um problema clínico, como um cliente que passou a apresentar uma área eritematosa sobre a coxa, você toma uma decisão que identifica o problema (uma úlcera de pressão) e escolhe então as melhores intervenções de enfermagem para aquele cliente (cuidado da pele e um esquema de mudança de decúbito). As enfermeiras tomam decisões clínicas o tempo todo visando a melhorar a saúde de um cliente ou a manter seu bem-estar. Isso implica reduzir a gravidade do problema ou resolver inteiramente esse problema. A **tomada de decisões clínicas** exige um raciocínio cuidadoso, de modo a poder escolher as opções para os melhores resultados para o cliente com base na condição dele e na prioridade do problema.

Você melhora sua tomada de decisões clínicas conhecendo seus clientes. As pesquisadoras de enfermagem verificaram que as enfermeiras experientes desenvolvem um nível de conhecimento que leva ao reconhecimento de padrões de sintomas e de respostas dos clientes (White, 2003). Por exemplo, uma enfermeira experiente que trabalhou por muitos anos em uma unidade de cirurgia geral tem maior probabilidade de ser capaz de detectar sinais de hemorragia interna (p. ex., baixa da pressão arterial, pulso rápido, alteração da consciência) do que uma enfermeira novata. Com o tempo, uma combinação de experiência, tempo passado numa área clínica específica e a qualidade dos relacionamentos formados com clientes vai permitir às enfermeiras peritas conhecer as situações clínicas e prever e selecionar rapidamente a estratégia de ação correta (Tanner e outros, 1993). Gastar mais tempo durante a avaliação inicial do cliente observando o comportamento do cliente e medindo os achados físicos são ambas maneiras de melhorar seu conhecimento dos clientes. Assim também, monitorá-los consistentemente quando surgem problemas ajuda a você a ver como as alterações clínicas evoluem ao longo do tempo. A seleção de terapias de enfermagem tem como base tanto o conhecimento clínico como os dados do cliente. Ela se baseia no seguinte:

- O estado e a situação identificados do cliente.
- Conhecimento relativo às variáveis clínicas (p. ex., idade, gravidade do problema, patologia do problema, condições mórbidas preexistentes do cliente) envolvidas na situação e como as variáveis estão interligadas.
- Um julgamento relativo ao curso provável dos eventos e à evolução final do problema diagnosticado, considerando-se quaisquer riscos de saúde que o cliente apresente; inclui o conhecimento com relação a padrões habituais de qualquer problema diagnosticado ou **prognóstico**.
- Quaisquer outros dados relevantes quanto a requisitos na vida diária, na capacidade funcional e nos recursos sociais do cliente.
- Conhecimento com relação às opções de terapia de enfermagem disponíveis e à maneira pela qual intervenções específicas vão afetar de maneira previsível a situação do cliente.

Mantenha sempre o cliente no centro de seu foco ao tentar resolver os problemas clínicos dele. Quando você toma uma decisão clínica correta, isso lhe permite então estabelecer prioridades para as intervenções a serem implementadas primeiro (Cap. 17). Como diferentes clientes trazem a uma situação variáveis diferentes, uma determinada atividade é, por vezes, uma prioridade numa situação e menos que isso numa outra situação. Por exemplo, se um cliente estiver fisicamente dependente, incapaz de se alimentar e com incontinência urinária, você vai reconhecer a integridade da pele como uma prioridade maior do que se o cliente estivesse imóvel, porém apresentando continência urinária e capaz de ingerir uma dieta normal. Não pressupõe que algumas situações de saúde produzem prioridades automáticas. Por exemplo, em um cliente que vai se submeter a uma cirurgia há a expectativa de ocorrer um determinado nível de dor pós-operatória, que com frequência se torna uma prioridade do cuidado. Se o cliente estiver apresentando uma ansiedade grave que aumente a percepção da dor, porém, torna-se necessário que você focalize maneiras de aliviar a ansiedade antes que as medidas para o alívio da dor se mostrem eficazes.

Depois de determinar as prioridades do cuidado de enfermagem de um cliente, escolha as terapias com maior probabilidade de aliviar cada problema. Está geralmente disponível uma ampla gama de opções, de estratégias administradas pela enfermeira para o autocuidado do cliente. Colabore com o cliente e então selecione, teste e avalie as abordagens escolhidas. Você deve também tentar prever o que pode-

QUADRO 15-1 Tomada de Decisões Clínicas para Grupos de Clientes

- Identificar os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos de cada cliente (Cap. 17).
- Analizar os diagnósticos/problemas dos clientes e decidir quais são mais urgentes com base nas necessidades básicas, no estado instável ou em alteração dos clientes e na complexidade do problema (Cap. 18).
- Considerar o tempo que vai ser necessário para cuidar de clientes cujos problemas tenham alta prioridade (p. ex., você tem tempo para reiniciar uma infusão IV criticamente importante quando um cliente diferente está no horário de receber uma medicação?)
- Considerar os recursos que você tem para tratar cada problema, o pessoal assistencial alocado a você e os membros da família do cliente.
- Considerar como envolver os clientes como tomadores de decisões e participantes do cuidado.
- Decidir como combinar atividades para resolver mais de um problema do cliente de uma vez só.
- Decidir que procedimentos de cuidado de enfermagem, se é que há algum, delegar ao pessoal auxiliar para poder passar seu tempo em atividades que exijam o conhecimento de enfermagem profissional.

ria dar errado e considerar abordagens alternativas para reduzir ao máximo ou evitar problemas.

As enfermeiras tomam decisões com relação a clientes individuais e a grupos de clientes. Quando você trabalha numa unidade hospitalar movimentada, é provável que cuide de vários clientes. Você usa critérios como a condição clínica do cliente, a hierarquia de necessidades de Maslow (Cap. 6), os riscos envolvidos em demoras no tratamento e as expectativas de cuidado do cliente para determinar os clientes que tenham as maiores prioridades de cuidado. Por exemplo, um cliente que esteja apresentando uma redução súbita na pressão arterial juntamente com uma alteração da consciência exige sua atenção imediatamente, em oposição ao cliente que precisa de você para a coleta de uma amostra de urina ou a um cliente que precisa de sua ajuda para andar pelo corredor. Você visita o cliente que não tem recebido visitas e no qual foi feito recentemente um diagnóstico de câncer antes de ir verificar o cliente em recuperação de uma cirurgia cuja família acabou de chegar. A tomada de decisões com habilidade e com o estabelecimento de prioridades é criticamente importante (Quadro 15-1) para você poder administrar a grande variedade de problemas associados a grupos de clientes.

Processo de Enfermagem como uma Competência

As enfermeiras aplicam o **processo de enfermagem** como uma competência ao administrar cuidados a clientes (Kataoka-Yahiro e Saylor, 1994). O processo de enfermagem é uma abordagem em cinco etapas à tomada de decisões clínicas, que inclui coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O propósito do processo de enfermagem é diagnosticar e tratar as respostas humanas a problemas de saúde efetivos ou potenciais (American Nurses Association, 2003). As respostas humanas incluem sintomas do cliente e reações fisiológicas deste ao tratamento, a necessidade de conhecimento quando os profissionais de saúde fazem um novo diagnóstico ou plano de tratamento e a capacidade de um cliente em lidar com as perdas. O uso do processo permite às enfermeiras a obtenção de

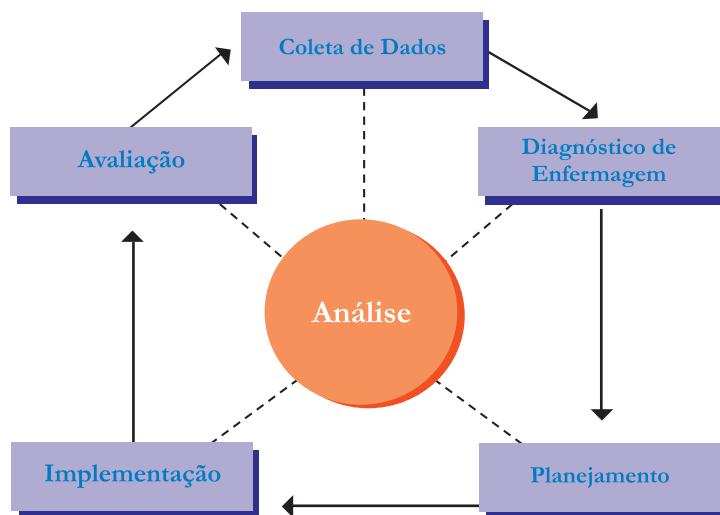


Figura 15-2 Modelo do processo de enfermagem em cinco etapas.

resultados consensuais para uma saúde melhor (Fig. 15-2). O processo de enfermagem envolve as competências de pensamento crítico geral e específico, descritas anteriormente, de uma maneira que focaliza as necessidades singulares daquele cliente específico. O formato do processo de enfermagem é peculiar à disciplina de enfermagem e proporciona uma linguagem e um processo comuns para que as enfermeiras “elaborem” os problemas clínicos dos clientes (Kataoka-Yahiro e Saylor, 1994). A Unidade III descreve o processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é com frequência designado como um projeto ou plano para o cuidado do cliente. Ele possibilita a flexibilidade de uso em todos os contextos clínicos. Ao usar o processo de enfermagem, você identifica as necessidades de cuidado de saúde de um cliente, define claramente um diagnóstico de enfermagem ou problema colaborativo, determina prioridades do cuidado e estabelece objetivos e resultados esperados para o cuidado. Em seguida você elabora e comunica um plano de cuidado centrado no cliente, administra as intervenções de enfermagem e avalia os efeitos de seu cuidado. Quando se tornar mais competente no uso do processo de enfermagem, você vai ser capaz de focalizar não apenas o problema ou diagnóstico de um cliente único como também múltiplos problemas e diagnósticos. Como enfermeira, pense e reconheça sempre que etapas do processo você está usando. Em cada etapa você vai aplicar o pensamento crítico para prestar a seus clientes os melhores cuidados profissionais.

Um Modelo de Pensamento Crítico para a Tomada de Decisões Clínicas

Pensar criticamente está se tornando a marca de nível ou padrão para a competência na enfermagem profissional. A capacidade de pensar criticamente, melhorar a prática clínica e diminuir os erros nos julgamentos clínicos é a visão da prática de enfermagem (Di Vito-Thomas, 2005). Esse texto oferece um modelo para o pensamento crítico para ajudar a desenvolver esse tipo de pensamento. Os modelos ajudam a explicar os conceitos. Por ser o pensamento crítico em enfermagem complexo, um modelo ajuda a explicar o que está en-



QUADRO 15-2 Componentes do Pensamento Crítico em Enfermagem

- I. Conhecimento básico específico em enfermagem**
- II. Experiência**
- III. Competências de pensamento crítico**
 - A. Competências gerais de pensamento crítico**
 - B. Competências específicas de pensamento crítico em situações clínicas**
 - C. Competências específicas de pensamento crítico na enfermagem: processo de enfermagem**
- IV. Atitudes para pensamento crítico**
 - A. Confiança**
 - B. Independência**
 - C. Justiça**
 - D. Responsabilidade**
 - E. Correr riscos**
 - F. Disciplina**
 - G. Perseverança**
 - H. Criatividade**
 - I. Curiosidade**
 - J. Integridade**
 - K. Humildade**
- V. Padrões para pensamento crítico**
 - A. Padrões intelectuais**
 1. Claro
 2. Preciso
 3. Específico
 4. Acurado
 5. Relevante
 6. Plausível
 7. Consistente
 8. Lógico
 9. Profundo
 10. Amplo
 11. Completo
 12. Significativo
 13. Adequado (para propósitos)
 14. Justo
 - B. Padrões profissionais**
 1. Critério para julgamento de enfermagem
 2. Critério para avaliação
 3. Responsabilidade profissional

Modificado de Kataoka-Yahiro M, Saylor C: A critical thinking model for nursing judgment, *J Nurs Educ* 33(8):351, 1994. Dados de Paul RW: The art of redesigning instruction. In Willsen J, Blinker AJA, editores: *Critical thinking: how to prepare students for a rapidly changing world*, Santa Rosa, Calif, 1993, Foundation for Critical Thinking.

volvido, bem como você toma decisão clínica e faz julgamentos sobre seus clientes. Kataoka-Yahiro e Saylor (1994) elaboraram um modelo do pensamento crítico para o julgamento de enfermagem com base no trabalho anterior de Paul (1993), Glaser (1941), Perry (1979) e de Miller e Malcolm (1990) (Fig. 15-1). O modelo define o resultado final do pensamento crítico: um julgamento de enfermagem que seja relevante para os problemas de enfermagem em vários contextos. De acordo com esse modelo, são cinco os componentes do pensamento crítico: base de conhecimento, experiência, competências do pensamento crítico (com ênfase no processo de enfermagem), atitudes e padrões. Os elementos do modelo se combinam para explicar como as enfermeiras fazem julgamentos clínicos que são necessários para um cuidado de enfermagem seguro e efetivo (Quadro 15-2).

Em todo esse texto o modelo vai ser usado para a aplicação do pensamento crítico durante o processo de enfermagem. Cada capítulo clínico do texto é organizado inicialmente de modo a incluir tanto o conhecimento científico como o de enfermagem. É sua base de conhecimento (o primeiro componente do pensamento crítico) que prepara você para fazer julgamentos clínicos como enfermeira. Cada capítulo é então organizado de acordo com as etapas do processo de enfermagem (Caps. 15 a 21). Uma ilustração gráfica do modelo do pensamento crítico vai lhe mostrar como aplicar elementos do pensamento crítico na avaliação de clientes, no planejamento das intervenções que você vai aplicar e na avaliação de seus resultados. Aprendendo a aplicar cada elemento desse modelo à maneira com que você pensa a respeito dos clientes, você vai se tornar um profissional confiante e eficaz.

Base de Conhecimentos Específicos

O primeiro componente do modelo do pensamento crítico é a base de conhecimentos específicos de uma enfermeira. Isso varia de acordo com a experiência educacional de uma enfermeira, incluindo a educação básica de enfermagem, cursos de educação continuada e outros diplomas colegiais. Além disso, isso inclui a iniciativa demonstrada pela enfermeira na leitura da literatura de enfermagem para se manter atualizada com relação à ciência de enfermagem. Como enfermeira, sua base de conhecimento inclui informações e teorias das ciências básicas, ciências humanas, ciências comportamentais e enfermagem. As enfermeiras usam sua base de conhecimento de maneira diferente de outras disciplinas de cuidado de saúde, por pensarem de forma holística a respeito dos problemas do cliente. Por exemplo, a ampla base de conhecimento de uma enfermeira proporciona uma perspectiva física, psicológica, social, moral, ética e cultural dos clientes e de suas necessidades de cuidado de saúde. A profundidade e a extensão do conhecimento influenciam sua capacidade de pensar criticamente a respeito dos problemas de enfermagem.

Considere esse contexto: Robert Perez obteve anteriormente um diploma de bacharel em educação e ensinou numa escola secundária por 1 ano. Ele está começando seu terceiro ano de estudo em seu programa de enfermagem. Ele completou com êxito seus cursos obrigatórios em ciências, ética de saúde, introdução aos conceitos de enfermagem e princípios de comunicação. Seu primeiro curso clínico é sobre promoção da saúde, com uma alocação clínica a uma clínica médica geral. Embora ele seja um novato em enfermagem, sua experiência como professor e sua preparação e base de conhecimento em enfermagem vão ajudá-lo a saber como entrevistar clientes e como começar a tomar decisões clínicas com relação às práticas de promoção da saúde dos clientes.

Experiência

A enfermagem é uma disciplina prática. Experiências de aprendizado clínico são necessárias para adquirir habilidades de tomada de decisões clínicas (Roche, 2002). Em situações clínicas, você vai aprender observando, percebendo, conversando com clientes e familiares e então refletindo ativamente sobre todas as experiências. A experiência clínica é o laboratório para o teste de seu conhecimento de enfermagem. Você vai ver que abordagens tipo “livro-texto” constituem a base da prática, mas vai fazer adaptações ou revisões seguras nas abordagens para se ajustar ao contexto, às qualidades singulares do cliente e às experiências que você tem por cuidar de clientes anteriores. Com a experiência, você começa a compreender situações clínicas, reconhecer indicações de padrões de saúde dos clientes e inter-

 **TABELA 15-3 Atitudes de Pensamento Crítico e Aplicações na Prática de Enfermagem**

ATITUDE DE PENSAMENTO CRÍTICO	APLICAÇÕES NA PRÁTICA
Confiança	Aprender a se apresentar para um cliente; falar com convicção ao iniciar um tratamento ou procedimento. Não levar o cliente a pensar que você não é capaz de realizar o cuidado com segurança. Estar sempre bem preparada antes de executar uma atividade de enfermagem. Encorajar um cliente a fazer perguntas.
Pensar de maneira independente	Ler a literatura de enfermagem, especialmente quando houver diferentes opiniões sobre o mesmo assunto. Conversar com outras enfermeiras e compartilhar ideias a respeito das intervenções de enfermagem.
Justiça	Ouvir ambos os lados em qualquer discussão. Se um cliente ou um familiar do mesmo se queixar de um colega de trabalho seu, ouvir a história e falar então também com seu colega. Se um membro da equipe rotular um cliente como não-cooperativo, assumir o cuidado desse cliente com abertura e um desejo de atender às necessidades desse cliente.
Responsabilidade e prestação de contas	Pedir ajuda se não tiver certeza a respeito de como executar uma habilidade de enfermagem. Consultar um manual de orientações e procedimentos para rever as etapas de uma habilidade. Relatar imediatamente quaisquer problemas. Seguir padrões de prática em seu cuidado.
Correr riscos	Se seu conhecimento fizer com que você questione a prescrição de profissionais de saúde, faça isso. Esteja disposta a recomendar abordagens alternativas ao cuidado de enfermagem quando as colegas estiverem tendo pouco êxito com os clientes.
Disciplina	Ser meticolosa em qualquer coisa que fizer. Usar critérios científicos e baseados na prática conhecidos para atividades como coleta de dados e avaliação. Gastar tempo sendo meticolosa e controlar seu tempo de maneira efetiva.
Perseverança	Tomar cuidado com uma resposta fácil. Se os colegas de trabalho lhe derem informações sobre um cliente e algum fato pareça estar faltando, vá esclarecer as informações ou falar diretamente com o cliente. Caso problemas do mesmo tipo continuem a ocorrer numa divisão de enfermagem, reúna os colegas de trabalho, procure um padrão e encontre uma solução.
Criatividade	Procurar abordagens diferentes se as intervenções não estiverem funcionando para um cliente. Por exemplo, um cliente com dor pode precisar de um posicionamento diferente ou de uma técnica de distração. Quando apropriado, envolva os familiares do cliente na adaptação de suas abordagens aos métodos de cuidado usados no domicílio.
Curiosidade	Sempre perguntar por quê. Um sinal ou sintoma clínico indica com frequência vários problemas. Explore e fique sabendo mais a respeito do cliente para fazer julgamentos clínicos apropriados.
Integridade	Reconhecer quando suas opiniões entram em conflito com as de um cliente; rever sua posição e decidir qual é a melhor maneira de prosseguir para atingir resultados que vão satisfazer a todos. Não comprometer os padrões de enfermagem ou de honestidade na administração do cuidado de enfermagem
Humildade	Reconhecer quando você precisa de mais informações para tomar uma decisão. Quando for nova numa divisão clínica, peça uma orientação sobre a área. Peça às enfermeiras regularmente alocadas à área ajuda nas abordagens ao cuidado.

pretar as indicações como relevantes ou irrelevantes. Talvez a melhor lição que um estudante de enfermagem novato possa tirar seja a de valorizar todas as experiências dos clientes, que se tornam pontos de partida para construir novos conhecimentos e inspirar um pensamento inovador.

Durante o verão anterior, Robert trabalhou como assistente de enfermagem numa instituição asilar. Essa experiência lhe proporcionou um tempo valioso interagindo com clientes idosos e administrando cuidados básicos de enfermagem. Ao pensar sobre sua experiência clínica na clínica, Robert reconhece que ainda tem muito a aprender. Todavia, cada cliente lhe proporcionou valiosas experiências de aprendizado. Mais especificamente, ele pôde desenvolver boas habilidades de entrevista e compreender a importância da família na saúde de um indivíduo e aprendeu como a enfermagem é uma defensora dos clientes. Ele também aprendeu que idosos precisam de mais tempo para executar atividades como comer, tomar banho e cuidar da aparência, tendo então adaptado essas técnicas de habilidade. Seu período

no laboratório de avaliação física e o período em que ele trabalhou na instituição asilar ajudaram-no a começar a ser um observador atento. Robert também sabe que sua experiência anterior como professor vai ajudá-lo a aplicar princípios educacionais em seu papel de enfermagem.

Você também vai aprender com suas experiências pessoais. As oportunidades que temos para vivenciar diferentes emoções, crises e sucessos em nossa vida e em nossos relacionamentos com outras pessoas aumentam nossa experiência na enfermagem.

A Competência do Processo de Enfermagem

A competência, mais especificamente o processo de enfermagem, é o terceiro componente do modelo do pensamento crítico. Em sua prática, você vai aplicar os componentes do pensamento crítico durante cada etapa do processo de enfermagem. Em todos os capítulos clínicos deste livro, a relação do pensamento crítico com o processo de enfermagem vai ser enfatizada.

Atitudes para o Pensamento Crítico

O quarto componente do modelo do pensamento crítico é constituído de atitudes. Há 11 atitudes que são características centrais de um indivíduo que pensa criticamente (Paul, 1993) (Quadro 15-2). Essas atitudes definem como um pensador crítico bem-sucedido aborda um problema. Quando um cliente se queixa de ansiedade antes de ser submetido a um procedimento diagnóstico, por exemplo, a enfermeira curiosa vai explorar as possíveis razões para as preocupações do cliente. A enfermeira também vai mostrar disciplina na coleta de uma avaliação exaustiva para encontrar a origem da ansiedade do cliente. As atitudes de inquirição envolvem uma capacidade de reconhecer que existem problemas e que há uma necessidade de evidências para apoiar o que você supõe ser verdadeiro (Watson e Glaser, 1980). As atitudes de pensamento crítico são orientações quanto à maneira de se abordar um problema ou uma situação de tomada de decisões. Uma parte importante do pensamento crítico consiste em interpretar, avaliar e fazer julgamentos quanto à adequação dos diversos argumentos e dados disponíveis. Saber quando você necessita de mais informações, saber quando as informações são enganosas e reconhecer os limites de seu próprio conhecimento são exemplos de como atitudes de pensamento crítico orientam a tomada de decisões. A Tabela 15-3 resume o uso de atitudes de pensamento crítico na prática de enfermagem.

Confiança. Quando está confiante, você se sente seguro quanto a executar uma tarefa ou atingir um objetivo como realizar um procedimento de enfermagem ou tomar uma decisão diagnóstica. A confiança cresce com a experiência no reconhecimento de seus pontos fortes e de suas limitações. Você começa a mudar seu foco de suas próprias necessidades (p. ex., lembrar-se como executar um procedimento) para as necessidades do cliente (White, 2003). Quando não está confiante em executar uma habilidade de enfermagem, você focaliza seus sentimentos de ansiedade por não saber o que fazer. Isso vai impedir que você dê atenção ao cliente. Esteja sempre ciente do que você sabe e do que você não sabe. Quando você demonstra confiança, seus clientes reconhecem isso pela maneira com que você se comunica e pela maneira com que você executa o cuidado de enfermagem. A autoconfiança aumenta a confiança entre você e o cliente.

Pensar de Maneira Independente. Ao adquirir conhecimentos novos, você começa a considerar uma ampla gama de ideias e conceitos antes de formar uma opinião ou fazer um julgamento. Isso não significa que você ignora as ideias de outras pessoas. Em vez disso, você aprende a considerar todos os lados de uma situação. Entretanto, um pensador crítico não aceita as ideias de uma outra pessoa sem questioná-las. Ao pensar independentemente, você questiona as maneiras com que outras pessoas pensam e procura respostas racionais e lógicas para os problemas. Comece a levantar dúvidas importantes com relação à sua prática. Por exemplo, por que é prescrito um tipo de curativo cirúrgico e não outro, por que seus clientes não recebem medicação para aliviar a dor e o que você pode fazer para ajudar os clientes com problemas de alfabetização a ficar conhecendo suas medicações? Pensar de modo independente é uma etapa importante da prática baseada em evidências (Cap. 5), em que as enfermeiras fazem perguntas e procuram as evidências por trás do problema clínico que identificaram. O pensamento e o raciocínio independentes são essenciais para a melhora e a expansão da prática de enfermagem.

Justiça. Um pensador crítico lida com as situações de maneira justa. Isso significa que um viés ou preconceito não entra numa de-

cisão. Por exemplo, a despeito do que você pensa a respeito da obesidade, você não deve deixar suas atitudes pessoais influenciarem a maneira com que você cuida de um cliente com excesso de peso. Considere a situação objetivamente e analise todos os pontos de vista para compreender totalmente a situação antes de tomar uma decisão. Ter imaginação ajuda no desenvolvimento do sentido de justiça. Imaginar como seria estar na situação do cliente vai lhe ajudar a ver a situação com novos olhos e apreciar sua complexidade.

Responsabilidade e Prestação de Contas. Ao cuidar de clientes, você é responsável por executar corretamente as atividades de cuidado de enfermagem com base em padrões de prática. Os padrões de prática são o nível mínimo de desempenho aceito para garantir um cuidado de alta qualidade. Por exemplo, não se devem tomar atalhos (p. ex., não identificar um cliente) ao administrar medicações. Uma enfermeira profissional é competente na execução das terapias de enfermagem e na tomada de decisões clínicas com relação aos clientes. Como enfermeira, você também deve responder ou prestar contas dos resultados de suas ações. Uma enfermeira responsável é confiável e está disposta a reconhecer quando o cuidado de enfermagem é ineficaz. Em última análise, você deve prestar contas de suas decisões e dos resultados que suas ações produziram em benefício do cliente.

Correr Riscos. As pessoas frequentemente associam correr riscos ao perigo. Dirigir 50 quilômetros por hora acima do limite de velocidade é um risco que ocasiona por vezes lesões para o motorista e para um infeliz pedestre. Todavia, nem sempre correr riscos tem consequências negativas. Correr riscos é desejável, especialmente quando o resultado é uma evolução final positiva. Uma pessoa que pensa criticamente está disposta a correr riscos e experimentar maneiras diferentes de resolver problemas. A disposição para assumir riscos vem da experiência acumulada com problemas similares. Correr riscos leva frequentemente a avanços no cuidado dos clientes. As enfermeiras em épocas anteriores correram riscos experimentando diferentes abordagens ao cuidado da pele e de feridas, à higiene pulmonar e ao controle da dor, para citar apenas algumas áreas. Ao correr um risco, considere todas as opções, analise qualquer perigo potencial para o cliente e aja então de maneira bem pensada, lógica e racional.

Disciplina. Uma pessoa que pensa de forma disciplinada perde poucos detalhes e segue uma abordagem ordenada ou sistemática ao tomar decisões ou providências. Por exemplo, você tem um cliente que está com dor. Em vez de apenas perguntar ao cliente, “Qual é a intensidade de sua dor numa escala de 0 a 10?”, você faz perguntas mais específicas sobre a natureza da dor. Suas perguntas avaliam exaustivamente a natureza da dor. Por exemplo, “O que torna a dor pior? Onde dói e há quanto tempo você percebeu isso?” Ser disciplinado ajuda a identificar com maior precisão os problemas e a selecionar então as intervenções mais apropriadas.

Perseverança. Um pensador crítico está determinado a encontrar soluções efetivas para os problemas do cuidado do cliente. Isso é particularmente importante quando os problemas permanecem sem solução ou quando eles ocorrem novamente. Aprenda o máximo possível a respeito de um problema e experimente diversas abordagens ao cuidado. Perseverar significa continuar a procurar mais recursos até encontrar uma abordagem que tenha sucesso. Por exemplo, um cliente que não possa falar após uma cirurgia acarreta um desafio para a enfermeira em termos de poder se comunicar de maneira efetiva. A perseverança leva a enfermeira a experimentar diferentes abordagens à comunicação (p. ex., quadros de mensagem ou

17 | Diagnóstico de Enfermagem

OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Diferenciar um diagnóstico de enfermagem de um diagnóstico médico e de um problema colaborativo.
- Discutir a relação do pensamento crítico com o processo diagnóstico de enfermagem.
- Descrever as etapas do processo diagnóstico de enfermagem.
- Explicar como características definidoras e o processo etiológico individualizam um diagnóstico de enfermagem.
- Explicar o benefício do uso de diagnósticos de enfermagem da NANDA International na prática.
- Descrever as fontes de erros diagnósticos.
- Identificar diagnósticos de enfermagem em uma avaliação de enfermagem.

TERMOS-CHAVE

Características definidoras,
p. 252

Categoría diagnóstica, p. 253

Critérios clínicos, p. 252

Diagnóstico de enfermagem,
p. 248

Diagnóstico de enfermagem de
bem-estar, p. 253

Diagnóstico de enfermagem de
promoção da saúde, p. 253

Diagnóstico de enfermagem
real, p. 253

Diagnóstico de enfermagem de
risco, p. 253

Diagnóstico médico, p. 248

Etiologia, p. 254

Fator relacionado, p. 254

NANDA International
(NANDA-I), p. 250

Problemas centrados no cliente,
p. 250

Problema colaborativo, p. 248



Figura 17-1 Pensamento crítico e o processo diagnóstico de enfermagem.

Depois que você coleta dados exaustivamente um cliente para formar um banco de dados, a próxima etapa do processo de enfermagem é a formulação de conclusões diagnósticas para determinar o cuidado de enfermagem que o cliente vai receber (Fig. 17-1). Algumas das conclusões levam a diagnósticos de enfermagem, enquanto outras, não. As conclusões diagnósticas incluem problemas tratados principalmente por enfermeiras (diagnósticos de enfermagem) e problemas que requerem tratamento por várias disciplinas (problemas colaborativos). Juntos, os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos constituem a gama de condições dos clientes que tornam necessários cuidados de enfermagem (Carpenito-Moyet, 2005).

Ao se referir a diagnósticos médicos comumente aceitos, como infarto do miocárdio, diabetes mellitus ou osteoartrite, todos os médicos conhecem o significado dos diagnósticos e as abordagens padrão ao tratamento. Um **diagnóstico médico** é a identificação de uma condição mórbida com base numa avaliação específica de sinais físicos, sintomas, a história clínica de um cliente e os resultados de testes e procedimentos diagnósticos. Os médicos têm licença para tratar doenças ou processos patológicos descritos em afirmações diagnósticas médicas.

A enfermagem tem uma linguagem diagnóstica semelhante. O diagnóstico de enfermagem, a segunda etapa do processo de enfermagem, classifica os problemas de saúde no domínio da enfermagem. O processo de diagnosticar é o resultado de sua análise dos dados e de sua consequente identificação das respostas específicas do cliente aos problemas no cuidado de saúde. O termo *diagnóstico* significa “distinguir” ou “conhecer”. Um **diagnóstico de enfermagem** é um julgamento clínico a respeito de respostas de indivíduos, famílias ou comunidades a problemas de saúde ou processos vitais reais ou potenciais (NANDA International, 2007). Ele é uma afirmação que

descreve a resposta efetiva ou potencial do cliente a um problema que a enfermeira tem licença e competência para tratar.

Um **problema colaborativo** é uma complicação fisiológica real ou potencial que as enfermeiras monitoram para detectar o aparecimento de alterações no estado de um cliente (Carpenito-Moyet, 2005). Quando ocorrem problemas colaborativos, as enfermeiras intervêm em colaboração com o pessoal de outras disciplinas de cuidado de saúde. As enfermeiras controlam problemas colaborativos como hemorragias, infecções e arritmias cardíacas usando tanto intervenções prescritas pelo médico como intervenções prescritas pela enfermagem, visando a reduzir a um mínimo as complicações. Por exemplo, um cliente que tenha uma ferida cirúrgica está em risco de vir a apresentar uma infecção, de modo que um médico prescreve antibióticos. A enfermeira monitora o cliente quanto a febre e outros sinais de infecção e implementa medidas apropriadas para o cuidado da infecção.

No Capítulo 16 você leu sobre Lisa, uma enfermeira em uma unidade ortopédica, e a Sra. Devine, uma mulher de 52 anos de idade que tinha uma laminectomia lombar marcada devido a uma hérnia de disco. O diagnóstico médico da Sra. Devine é hérnia de disco lombar. Lisa fez uma avaliação do estado de saúde e das necessidades de saúde da Sra. Devine e colheu informações em quatro áreas problemáticas distintas. Lisa precisa rever os agrupamentos e os padrões dos dados que ela colheu para identificar corretamente os diagnósticos de enfermagem que se aplicam à situação da Sra. Devine. Um agrupamento dos dados inclui informações a respeito da inexperience da Sra. Devine com cirurgias e sua afirmação de que ela não recebeu informações a respeito das atividades pós-operatórias. Lisa decidiu que os dados incluíam características definidoras para o conhecimento deficiente do diagnóstico de enfermagem considerando as roti-

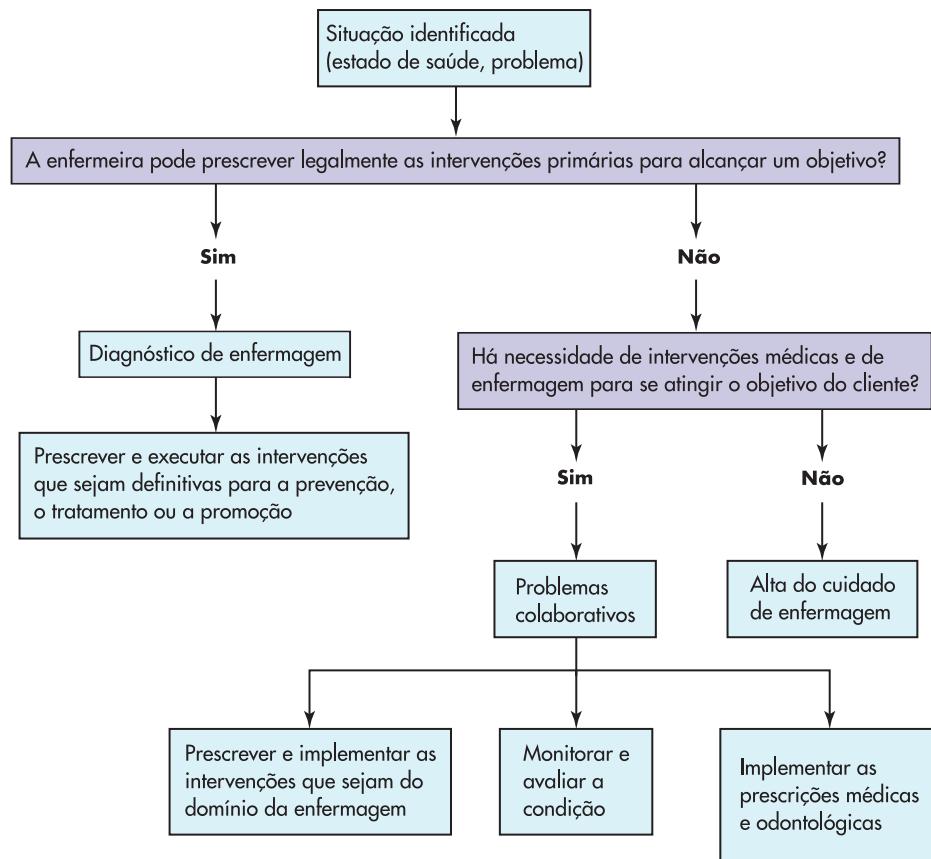


Figura 17-2 Diferenciando diagnósticos de enfermagem de problemas colaborativos. (© 1990, 1988, 1985 Lynda Juall Carpenito. Redesenhado de Carpenito LJ: *Nursing diagnosis: application to clinical practice*, ed 6, Philadelphia, 1995, JB Lippincott.)

nas pós-operatórias relacionadas com a inexperiência. Lisa é a enfermeira principal da Sra. Devine e cuidará da cliente no dia seguinte. Lisa sabe, por experiência, que os problemas pós-operatórios comuns incluem infecção da ferida e retenção urinária aguda. Lisa vai trabalhar em estreita cooperação com o médico e com outros membros da equipe de enfermagem na tentativa de evitar ou reduzir a um mínimo esses problemas. O plano de cuidado de enfermagem da Sra. Devine vai incluir uma combinação de intervenções dirigidas à resolução ou ao controle dos diagnósticos de enfermagem e médicos e a quaisquer problemas colaborativos deles decorrentes.

Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem para a obtenção de resultados pelos quais você, como enfermeira, é responsável (NANDA International, 2007). Um diagnóstico de enfermagem focaliza a resposta real ou potencial de um cliente a um problema de saúde e não o evento fisiológico, a complicaçāo ou a doença. No caso do diagnóstico de conhecimento deficiente relacionado com as rotinas pós-operatórias, Lisa vai dar instruções para melhorar o conhecimento da Sra. Devine com relação ao que ela deve esperar após a cirurgia e como ela vai poder participar em seu cuidado pós-operatório.

Uma enfermeira não pode tratar independentemente um diagnóstico médico como uma hérnia de disco. Entretanto, Lisa vai administrar o cuidado pós-operatório à laminectomia da Sra. Devine, monitorando sua evolução pós-operatória e controlando o cuidado da ferida, a administração de líquido e a terapia medicamentosa para evitar o desenvolvimento de problemas colaborativos. Os problemas

colaborativos ocorrem ou vão ocorrer provavelmente em associação a uma doença, um trauma ou um tratamento específico (Carpenito-Moyet, 2005). Você vai necessitar de um conhecimento especializado de enfermagem para avaliar o risco específico desses problemas num cliente, identificar precocemente os problemas e tomar então medidas preventivas (Fig. 17-2). O pensamento crítico é necessário à identificação dos diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos, para que você possa individualizar apropriadamente o cuidado de seus clientes.

História do Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem foi introduzido na literatura de enfermagem em 1950 (McFarland e McFarlane, 1989). Fry (1953) propôs a formulação dos diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidado de enfermagem individualizado para tornar a enfermagem mais criativa. Isso enfatizava a prática independente da enfermagem (p. ex., educação aos clientes e alívio dos sintomas) em comparação com a prática dependente estimulada por prescrições médicas (p. ex., administração de medicação e de líquidos intravenosos). Inicialmente, a enfermagem profissional não apoiou os diagnósticos de enfermagem, e em 1955 o *Model Nurse Practice Act* da American Nurses Association (ANA) (1955) excluiu o diagnóstico ou terapias prescritivas. Em consequência disso, as enfermeiras hesitavam em

usar os diagnósticos de enfermagem em sua prática. Os teóricos de enfermagem, porém, encorajavam a definição da enfermagem em termos de problemas dos clientes. Os teóricos iniciais, ao definir a intervenção de enfermagem em termos de **problemas centrados nos clientes**, foram em parte responsáveis pelo interesse e pelo uso final dos diagnósticos de enfermagem na enfermagem contemporânea.

Em 1973, ocorreu a primeira conferência nacional para a classificação dos diagnósticos de enfermagem, visando a identificar as funções da enfermagem e estabelecer um sistema de classificação. Ao longo dos anos, os participantes dessas conferências desenvolveram uma taxonomia, um sistema de classificação ordenado para diagnósticos que têm relações semelhantes. Já existem 13 domínios, 47 classes e 188 diagnósticos de enfermagem. Sob o domínio do conforto, por exemplo, há três classes: conforto físico, conforto ambiental e conforto social. O diagnóstico de enfermagem de *dor aguda* se encaixa na classe de conforto físico.

Em 1982, foi estabelecida uma associação profissional, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O propósito da NANDA era “desenvolver, refinar e promover uma taxonomia da terminologia diagnóstica de enfermagem em uso geral para enfermeiras profissionais” (Kim, McFarland e McLean, 1984). Ao longo dos anos, os estudiosos de enfermagem aumentaram o número de diagnósticos de enfermagem aprovados. Em 2003, a NANDA mudou seu nome para **NANDA International (NANDA-I)**, para refletir melhor a utilidade internacional do diagnóstico de enfermagem para a comunidade de saúde global. O trabalho da NANDA International proporciona uma linguagem comum para os problemas de saúde

com que as enfermeiras lidam. A organização é a líder na classificação de diagnósticos de enfermagem e é endossada pela ANA como tendo a responsabilidade de fazer isso.

A primeira vez que os *Standards of Nursing Practice* (1973) da ANA incorporaram diagnósticos de enfermagem foi em 1971 e eles permanecem no atual *Nursing Scope and Standards of Practice* (ANA, 2004). O artigo da ANA *Scope of Nursing Practice* (1987), que define a enfermagem como o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas à saúde e à doença, ajudou a fortalecer a definição do diagnóstico de enfermagem. Em 1980 e em 1995, a ANA incluiu o diagnóstico como uma atividade separada em sua publicação *Nursing: A Social Policy Statement* (ANA, 2003). Em consequência disso, os Nurse Practice Acts de muitos estados dos Estados Unidos incluem o diagnóstico de enfermagem como parte do domínio de prática da enfermagem.

A pesquisa no campo do diagnóstico de enfermagem continua a se expandir. Em consequência disso, NANDA-I está continuamente elaborando e acrescentando novas categorias diagnósticas à relação da NANDA International (Quadro 17-1). O uso de afirmações diagnósticas de enfermagem formais padrão tem diversas finalidades:

- Proporcionar uma definição precisa que dá a todos os membros da equipe de cuidado de saúde uma linguagem comum para a compreensão das necessidades do cliente.
- Permitir que as enfermeiras comuniquem o que fazem entre elas mesmas, a outros profissionais de saúde e ao público em geral.
- Distinguir o papel da enfermeira daquele do médico ou de outros profissionais de saúde.

QUADRO 17-1 Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International

Intolerância à Atividade	Constipação percebida
Risco de intolerância à Atividade	Risco de Constipação
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas	Contaminação
Resposta Alérgica ao látex	Risco de Contaminação
Risco de resposta Alérgica ao látex	Enfrentamento familiar comprometido
Ansiedade	Enfrentamento defensivo
Ansiedade relacionada com a morte	Enfrentamento familiar incapacitado
Risco de Aspiração	Enfrentamento ineficaz
Risco de Vínculo pais/filhos prejudicado	Enfrentamento comunitário ineficaz
Disreflexia Autonômica	Disposição para Enfrentamento aumentado
Risco de disreflexia Autonômica	Disposição para Enfrentamento comunitário aumentado
Comportamento de saúde propenso a risco	Disposição para Enfrentamento familiar aumentado
Distúrbio na imagem Corporal	Risco de síndrome da Morte súbita do bebê
Risco de desequilíbrio na temperatura Corporal	Disposição para aumento da Tomada de decisão
Incontinência Intestinal	Negação ineficaz
Amamentação eficaz	Dentição prejudicada
Amamentação ineficaz	Risco de atraso no Desenvolvimento
Amamentação interrompida	Diarreia
Padrão Respiratório ineficaz	Risco de Dignidade humana comprometida
Débito Cardíaco diminuído	Sofrimento moral
Tensão do papel de Cuidador	Risco de síndrome do Desuso
Risco de tensão do papel de Cuidador	Atividades de Recreação deficientes
Disposição para aumento do Conforto	Campo de Energia perturbado
Comunicação verbal alterada	Síndrome da interpretação Ambiental prejudicada
Disposição para Comunicação aumentada	Insuficiência do adulto para melhorar
Conflito de decisão	Risco de Quedas
Conflito no desempenho do papel de pai/mãe	Processos Familiares disfuncionais: alcoolismo
Confusão aguda	Processos Familiares interrompidos
Confusão crônica	
Risco de Confusão aguda	
Constipação	

Usado com permissão da NANDA International: *NANDA-I nursing diagnoses: definitions and classification 2007-2008*, Philadelphia, 2007, NANDA International.

 **QUADRO 17-1 Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International — Cont.**

Disposição para processos Familiares melhorados	Risco de Envenenamento
Fadiga	Síndrome Pós-trauma
Medo	Risco de síndrome Pós-trauma
Disposição para equilíbrio de Líquidos aumentado	Disposição para aumentar o Poder de decisão
Volume de Líquidos deficiente	Impotência
Volume de Líquidos excessivo	Risco de Impotência
Risco de volume de Líquido deficiente	Proteção ineficaz
Risco de desequilíbrio do volume de Líquidos	Síndrome do Trauma de Estupro
Troca de Gases prejudicada	Síndrome do Trauma de Estupro: reação composta
Risco de Glicemia instável	Síndrome do Trauma de Estupro: reação silenciosa
Pesar	Religiosidade prejudicada
Pesar complicado	Risco de Religiosidade prejudicada
Risco de Pesar complicado	Síndrome do estresse por Recolocação
Atraso no Crescimento e no desenvolvimento	Risco da síndrome do estresse por Recolocação
Risco de Crescimento desproporcional	Desempenho de Papel ineficaz
Manutenção ineficaz da Saúde	Disposição para aumento do Autocuidado
Comportamentos de Busca de saúde	Déficit no Autocuidado para banho/higiene
Manutenção do Lar prejudicada	Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se
Disposição para aumento da Esperança	Déficit no Autocuidado para alimentação
Desesperança	Déficit no Autocuidado para higiene íntima
Hipertermia	Disposição para Autoconceito melhorado
Hipotermia	Baixa Autoestima crônica
Distúrbios da Identidade pessoal	Baixa Autoestima situacional
Disposição para aumento do estado de Imunização	Risco de baixa Autoestima situacional
Incontinência urinária funcional	Automutilação
Incontinência urinária por transbordamento	Risco de Automutilação
Incontinência urinária reflexa	Percepção Sensorial perturbada
Incontinência urinária de esforço	Disfunção Sexual
Incontinência urinária total	Padrão de Sexualidade ineficaz
Incontinência urinária de urgência	Integridade da Pele prejudicada
Risco de Incontinência urinária de urgência	Risco de integridade da Pele prejudicada
Comportamento desorganizado do Bebê	Privação de Sono
Risco de comportamento desorganizado do Bebê	Disposição para Sono melhorado
Disposição para aumento da competência comportamental do Bebê	Interação Social prejudicada
Padrão ineficaz de alimentação do Bebê	Isolamento Social
Risco de Infecção	Tristeza crônica
Risco de Lesão	Angústia Espiritual
Risco de Lesão perioperatória por posicionamento	Risco de angústia Espiritual
Insônia	Disposição para bem-estar Espiritual aumentado
Capacidade adaptativa Intracraniana diminuída	Sobrecarga de Estresse
Conhecimento deficiente	Risco de Sufocação
Disposição para Conhecimento aumentado	Risco de Suicídio
Estilo de vida sedentário	Recuperação Cirúrgica retardada
Risco de função Hepática prejudicada	Deglutição prejudicada
Risco de Solidão	Controle eficaz do regime Terapêutico
Memória prejudicada	Controle ineficaz do regime Terapêutico
Mobilidade no leito prejudicada	Controle comunitário ineficaz do regime Terapêutico
Mobilidade física prejudicada	Controle familiar ineficaz do regime Terapêutico
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	Disposição para controle aumentado do regime Terapêutico
Náusea	Termorregulação ineficaz
Negligência unilateral	Processos do Pensamento perturbados
Desobediência	Integridade Tissular prejudicada
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Perfusão Tissular ineficaz
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	Capacidade de Transferência prejudicada
Disposição para Nutrição melhorada	Risco de Trauma
Risco de Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	Eliminação Urinária prejudicada
Mucosa Oral prejudicada	Disposição para eliminação Urinária melhorada
Dor aguda	Perambulação
Dor crônica	Deambulação prejudicada alterado
Disposição para Paternidade melhorada	Risco de Violência direcionada a si mesmo
Paternidade prejudicada	Risco de Violência direcionada a outros
Risco de Paternidade prejudicada	Resposta disfuncional ao desmame Ventilatório
Risco de disfunção neurovascular Periférica	Ventilação espontânea prejudicada
	Retenção Urinária

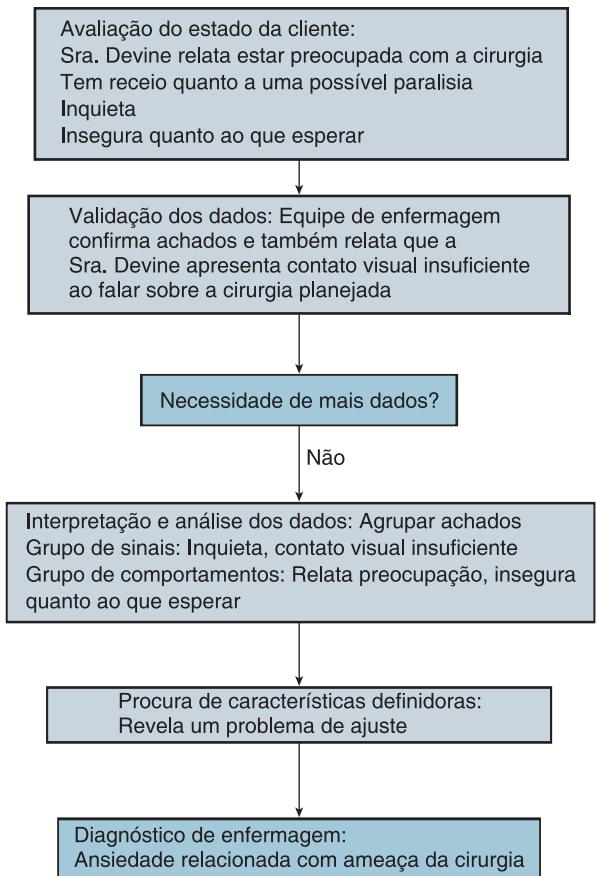


Figura 17-3 Processo diagnóstico para a Sra. Devine.

- Ajudar as enfermeiras a focalizar o alcance da prática de enfermagem.
- Estimular o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem*.

No Brasil, o diagnóstico de enfermagem foi um termo que ganhou notoriedade a partir dos anos de 1960 e 1970, com a difusão do processo de enfermagem, em especial, com os trabalhos de Wanda de Aguiar Horta. O artigo “Considerações sobre o diagnóstico de Enfermagem”, publicado em 1967 (Horta, 1967), é apontado como um dos primeiros na temática. Contudo, a aplicação do diagnóstico nesse período não estava voltada para a constituição de uma linguagem de enfermagem, mas sim para a sistematização e organização das ações da equipe de enfermagem junto ao cliente.

Nos anos de 1990, o movimento de classificação diagnóstica decorrente dos esforços da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) começa a ganhar notoriedade no Brasil, gerando experiências de aplicação no serviço, no ensino e na pesquisa.

A partir da década atual, um conjunto de iniciativas ampliou o uso do diagnóstico de enfermagem no Brasil, dentre elas: os trabalhos da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) no Projeto CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) entre 1996 e 2000; a Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) incluindo o diagnóstico de enfermagem entre as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem; a crescente disponibilidade de literatura em português, incluindo diagnósticos de enfermagem; a utilização da classificação do Conselho International de Enfermeiros (CIPE) por enfermeiros pesquisadores, de serviço e de assistência.

Atualmente, o movimento de implantação dos diagnósticos de enfermagem continua a se expandir no Brasil, com iniciativas de destaque, como, por exemplo, a criação do Centro Colaborador para a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba e a sedimentação e expansão de grupos de pesquisa em diagnóstico de enfermagem reconhecidos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Brasil.

Referência:

Horta WA: Considerações sobre o diagnóstico de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 20(1):7-13, 1967.

QUADRO 17-2 Exemplos de Diagnósticos de Enfermagem Aprovados pela NANDA International com Características Definidoras e Fatores Relacionados

Diagnóstico: Troca de Gases Prejudicada	Diagnóstico: Padrão Respiratório Ineficaz
<i>Características Definidoras:</i>	<i>Características Definidoras (Exemplos):</i>
Dispneia	Dispneia
Frequência, ritmo e profundidade anormais da respiração	Bradipneia; Adultos > 14 anos: ≤11 ou >24
pH arterial anormal	Capacidade vital diminuída
Cor da pele anormal (pálida, parda)	Ortopneia
Hipoxemia	Excursão torácica alterada
Hipercarbia	Uso dos músculos acessórios para respirar
Hipoxia	Taquipneia
Confusão mental	Respiração com lábios cerrados
<i>Fatores Relacionados:</i>	<i>Fatores Relacionados:</i>
Desequilíbrio entre ventilação e perfusão	Hiperventilação
Alterações da membrana alvéolo-capilar	Dor
	Deformidade da parede torácica
	Ansiedade
	Alterações musculoesqueléticas
	Posição corporal

Dados de NANDA International: *NANDA-I nursing diagnoses: definitions and classification, 2007-2008*, Philadelphia, 2007, NANDA International.

Pensamento Crítico e o Processo Diagnóstico de Enfermagem

O raciocínio diagnóstico é um processo de usar os dados da coleta de dados que você obtém a respeito de um cliente para explicar logicamente um julgamento clínico, nesse caso um diagnóstico de enfermagem. O processo diagnóstico flui a partir do processo de coleta de dados e inclui etapas de tomada de decisão (Fig. 17-3). Essas etapas incluem o agrupamento dos dados, a identificação das necessidades do cliente e a formulação do diagnóstico ou problema.

Agrupamentos e padrões de dados contêm com frequência **características definidoras**, os critérios clínicos ou achados da avaliação que apoiam um diagnóstico de enfermagem efetivo. Os **critérios clínicos** são sinais e sintomas objetivos ou subjetivos, agrupamentos de sinais e sintomas ou fatores de risco que levam a uma conclusão diagnóstica. Cada diagnóstico de enfermagem aprovado pela NANDA-I tem um conjunto identificado de características definidoras que apoiam a identificação de um diagnóstico de enfermagem (NANDA International, 2007). Como enfermeira, você vai aprender a reconhecer padrões de características definidoras e a selecionar então com presteza o diagnóstico correspondente. O Quadro 17-2 mostra dois exemplos de diagnósticos de enfermagem aprovados e suas características definidoras associadas. Ao analisar agrupamentos de dados, comece a considerar diversos diagnósticos que podem se aplicar a seu cliente. Por exemplo, os diagnósticos de *troca de gases prejudicada* e de *padrão respiratório ineficaz* têm características definidoras semelhantes, incluindo dispneia, frequência respiratória anormal e profundidade anormal da respiração. Ao determinar um diagnóstico, porém, lembre-se de que a ausência de algumas características definidoras sugere que se deve rejeitar um diagnóstico em consideração. No mesmo exemplo, portanto, se um cliente usar os

músculos acessórios para respirar e evidenciar a respiração de lábios cerrados, o diagnóstico não vai ser o de troca de gases prejudicada. O diagnóstico correto é o de *padrão respiratório ineficaz*. Examine sempre cuidadosamente as características definidoras em seu banco de dados para apoiar ou eliminar um diagnóstico de enfermagem. Para maior precisão, reveja todas as características, elimine as irrelevantes e confirme as relevantes.

Ao focalizar padrões de características definidoras, você também compara o padrão de dados de um cliente a dados que são consistentes com padrões normais e sadios. Use normas aceitas como base para a comparação e o julgamento. Isso inclui usar valores de testes laboratoriais e diagnósticos, padrões profissionais e limites anatômicos ou fisiológicos normais. Ao comparar padrões, avalie se os sinais e sintomas agrupados são normais para o cliente e se eles estão dentro da faixa de variação das respostas sadias. Isole quaisquer características definidoras que não estejam dentro de normas sadias para lhe permitir identificar um problema.

Antes de finalizar um diagnóstico de enfermagem, reveja as necessidades ou os problemas do cuidado de saúde geral do cliente. A identificação das necessidades do cliente lhe permite individualizar os diagnósticos de enfermagem, considerando todos os dados de avaliação e focalizando os dados mais relevantes. Por exemplo, depois de rever agrupamentos de dados da avaliação da Sra. Devine, Lisa pôde reconhecer que a cliente tinha um problema de conhecimento. Antes que Lisa pudesse prestar o cuidado apropriado, porém, foi necessário definir mais especificamente o problema da Sra. Devine. NANDA-I tem dois diagnósticos de enfermagem que se aplicam ao conhecimento, *conhecimento deficiente* e *disposição para aumento do conhecimento*. Uma revisão cuidadosa dos comportamentos iniciais e do autorrelato da Sra. Devine para o problema levou à seleção do *conhecimento deficiente*, porque a cliente não tinha nenhum conhecimento anterior das atividades pós-operatórias. O problema dela não era de que ela precisava de um reforço do conhecimento, mas sim de que ela apresentava uma ausência de conhecimento. É fundamental escolher a categoria diagnóstica correta para a necessidade de um cliente. Em geral, a partir da coleta de dados para o diagnóstico, você vai passar de informações gerais para as específicas. É útil pensar na fase de identificação do problema como o problema de cuidado de saúde geral e na formulação do diagnóstico de enfermagem como o problema de saúde específico.

Formulação do Diagnóstico de Enfermagem

A NANDA-I (2007) identificou quatro tipos de diagnósticos de enfermagem: diagnósticos reais, diagnósticos de risco e diagnósticos de enfermagem de bem-estar e de promoção da saúde. Um **diagnóstico de enfermagem atual** descreve respostas humanas a condições de saúde ou processos vitais que existem em indivíduos, famílias ou comunidades. Características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de achados ou inferências relacionados apoiam esse julgamento diagnóstico (NANDA International, 2007). A escolha de um diagnóstico atual indica que se dispõe de dados de avaliação suficientes para estabelecer o diagnóstico de enfermagem. No caso da Sra. Devine, Lisa avaliou a cliente como apresentando dores nas costas com intensidade avaliada como 8 a 9 numa escala de 10 pontos. A dor aumentava ao movimento. A Sra. Devine dormia mal em consequência da dor. *Dor aguda* é um diagnóstico de enfermagem efetivo.

Um **diagnóstico de enfermagem de risco** descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que vão possivelmente ocorrer num indivíduo, numa família ou numa comunidade vulnerável (NANDA International, 2007). Por exemplo, depois de se submeter à laminectomia, a Sra. Devine vai ter uma incisão cirúrgica. O ambiente do hospital acarreta um risco de infecção hospitalar. Após

TABELA 17-1 Formato do Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International	
AFIRMATIVA DIAGNÓSTICA	FATORES RELACIONADOS
Dor aguda	Agentes de lesão biológica, química, física ou psicológica (p. ex., inflamação, edema, queimadura)
Ansiedade	Estresse Transmissão Interpessoal Necessidades não-atendidas Crises situacionais/da maturação
Integridade da pele prejudicada	Retenção de líquido Secrções excessivas Imobilização Circulação alterada

a cirurgia da Sra. Devine, portanto, Lisa seleciona o diagnóstico de *risco de infecção*. A avaliação-chave para esse tipo de diagnóstico é a presença de dados que revelem fatores de risco (incisão e ambiente hospitalar) que apoiem a vulnerabilidade da Sra. Devine. Esses dados incluem fatores fisiológicos, psicosociais, familiares, do estilo de vida e ambientais que aumentem a vulnerabilidade do cliente à condição ou sua probabilidade de vir a apresentá-la.

Um **diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde** é um julgamento clínico da motivação e do desejo de uma pessoa, família ou comunidade em aumentar seu bem-estar e realizar o potencial de saúde humano, conforme expresso em sua disposição para aumentar comportamentos de saúde específicos, como nutrição e exercício. Os diagnósticos de promoção da saúde podem ser usados em qualquer estado de saúde e não requerem níveis correntes de bem-estar (NANDA International, 2007). A *disposição a um conforto aumentado* é um exemplo de um diagnóstico de promoção da saúde.

Um **diagnóstico de enfermagem de bem-estar** descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, uma família ou uma comunidade que tenham uma disposição para ser estimulados (NANDA International, 2007). Este é um julgamento clínico a respeito de um indivíduo, um grupo ou uma comunidade em transição de um nível específico de bem-estar a um nível mais alto de bem-estar. Esse tipo de diagnóstico é selecionado quando o cliente aspira a um nível ótimo de saúde ou já o atingiu. Por exemplo, *disposição para enfrentamento aumentado em relação ao tratamento bem-sucedido de um câncer* é um diagnóstico de bem-estar e a enfermeira e a unidade familiar trabalham juntas para se adaptar aos fatores de estresse associados à sobrevida ao câncer. Ao fazer isso a enfermeira incorpora os pontos positivos e os recursos do cliente a um plano de cuidado, com o resultado final dirigido à melhora do nível de enfrentamento.

Componentes de um Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem flui a partir da coleta de dados e do processo diagnóstico. Em todo esse texto, os diagnósticos de enfermagem se encontram num formato constituído de duas partes: a categoria diagnóstica seguida por uma declaração de um fator relacionado (Tabela 17-1). É esse formato em duas partes que dá significado a um diagnóstico e relevância para um cliente específico. Além disso, todos os diagnósticos aprovados pela NANDA-I têm uma definição. Os fatores de risco são componentes de todos os diagnósticos de enfermagem de risco.

Categoria Diagnóstica. A **categoria diagnóstica** é o nome do diagnóstico de enfermagem aprovado pela NANDA Inter-

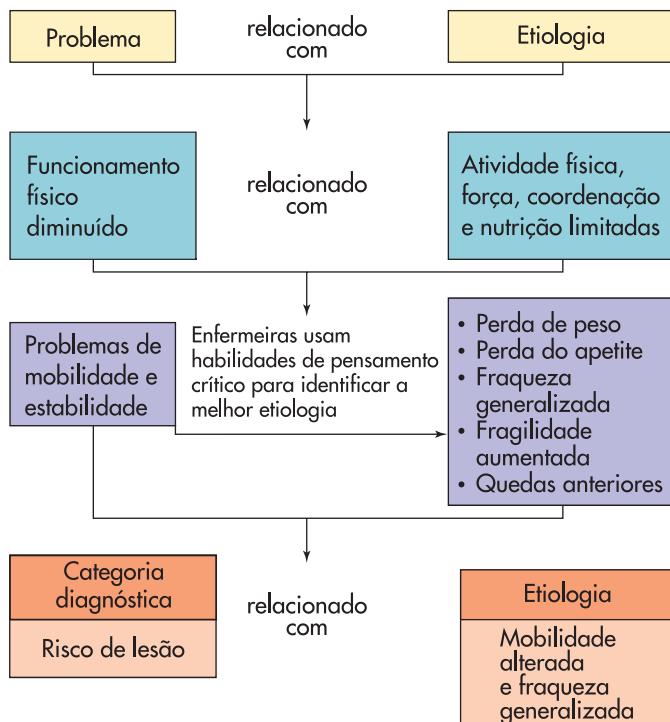


Figura 17-4 Relação entre uma categoria diagnóstica e a etiologia (fator relacionado). (Redesenhado de Hickey P: Nursing process handbook, St. Louis, 1990, Mosby.)

national (Quadro 17-1). Ela descreve a essência da resposta de um cliente a condições de saúde no mínimo possível de palavras. As categorias diagnósticas incluem fatores descritivos usados para dar um significado adicional ao diagnóstico. Por exemplo, o diagnóstico *mobilidade física prejudicada* inclui o fator descritivo *prejudicada* para descrever a natureza ou a alteração da mobilidade que descreve melhor a resposta do cliente. Exemplos de outros fatores descritivos incluem *comprometida, diminuída, deficiente, retardada, efetiva, desequilibrada, prejudicada e aumentada*.

Fatores Relacionados. O **fator relacionado** é uma condição ou uma etiologia identificada pelos dados de avaliação do cliente. Ele se associa à resposta efetiva ou potencial do cliente ao problema de saúde e pode ser modificado pelo uso de intervenções de enfermagem. No caso da Sra. Devine, por exemplo, Lisa avaliou que a Sra. Devine não havia recebido instruções sobre atividades pós-operatórias e estava fazendo perguntas. Lisa também ficou sabendo que a Sra. Devine não havia sido submetida a uma cirurgia anteriormente. A afirmação diagnóstica de enfermagem da Sra. Devine vai incluir a categoria diagnóstica (p. ex., *conhecimento deficiente relacionado com as rotinas pós-operatórias*) e o fator relacionado (p. ex., *relacionado com a não-exposição a instruções*). Devido ao fator relacionado com a não-exposição a instruções, Lisa vai implementar a instrução da cliente às atividades pós-operatórias. Os fatores relacionados com diagnósticos NANDA-I incluem quatro categorias: fisiopatológicos (biológicos ou psicológicos), relacionados com o tratamento, situacionais (ambientais ou pessoais) e de maturação (Carpenito-Moyet, 2005). A expressão “relacionado com” não é uma afirmação de causa e efeito; ela indica, isso sim, que a etiologia contribui para o diagnóstico do cliente ou está associada a ele (Fig. 17-4). A inclusão da expressão “relacionado com” exige que se use habilidades de pensamento crítico para individualizar o diagnóstico de enfermagem e selecionar então as intervenções de enfermagem (Tabela 17-2).

TABELA 17-2 Comparação das Intervenções em Diagnósticos de Enfermagem Com Etiologias Diferentes

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
Cliente A	
Ansiedade relacionada com insegurança quanto à cirurgia	Fornecer instruções detalhadas sobre o procedimento cirúrgico, o processo de recuperação e as atividades de cuidado pós-operatório. Planejar um tempo formal para o cliente fazer perguntas.
Mobilidade física prejudicada relacionada à dor aguda	Administrar analgésicos 30 minutos antes do exercício planejado. Instruir o cliente quanto à técnica de imobilização do local dolorido durante a atividade planejada.
Cliente B	
Ansiedade relacionada com perda do emprego	Consultar o serviço social para marcar aconselhamento quanto ao emprego. Encorajar o cliente a manter as atividades de promoção da saúde (p. ex., exercício, atividades sociais de rotina).
Mobilidade física prejudicada relacionada com lesão musculoesquelética	Fazer o cliente realizar exercícios de amplitude de movimento ativo para a extremidade afetada a cada 2 horas. Instruir o cliente quanto ao uso da marcha com muletas em três pontos.

A **etiologia** de um diagnóstico de enfermagem está sempre dentro do domínio da prática de enfermagem e de uma condição que responde a intervenções de enfermagem. Por vezes, profissionais de saúde registram diagnósticos médicos como a etiologia do diagnóstico de enfermagem. Isso não está correto. As intervenções de enfermagem não alteram um diagnóstico médico. Elas são, porém, dirigidas a comportamentos ou condições que a enfermagem possa tratar ou controlar. Por exemplo, o diagnóstico de enfermagem *dor aguda relacionada com uma hérnia de disco* está incorreto. As ações de enfermagem não afetam o diagnóstico médico de uma hérnia de disco. Reescrever-se o diagnóstico de modo a se obter *dor aguda relacionada com uma pressão sobre nervos espinais* acarreta intervenções de enfermagem dirigidas a reduzir o estresse sobre as vértebras, melhorar o alinhamento corporal e proporcionar medidas não-farmacológicas de conforto.

A Tabela 17-3 mostra a associação entre a avaliação de um cliente por uma enfermeira, o agrupamento das características definidoras e a formulação de diagnósticos de enfermagem. O processo diagnóstico leva à formulação de uma categoria diagnóstica total que permitirá a uma enfermeira elaborar um plano de cuidado centrado no cliente de modo apropriado. As características definidoras e as etiologias relevantes foram retiradas da NANDA International (2007).

Definição. A NANDA-I aprovou uma definição para cada diagnóstico após o uso clínico e testes clínicos. A definição descreve as

**TABELA 17-3 Características Definidoras e Etiologias para Apoiar Diagnósticos de Enfermagem**

ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS (INDICAÇÕES PARA O AGRUPAMENTO)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	ETIOLOGIAS (“RELACIONADO COM”)
Pedir ao cliente para avaliar intensidade da dor numa escala de 0 a 10	Relato verbal da dor a um nível de 8 a 9 quando ela se torna nítida	Dor aguda	Pressão física sobre nervos espinais
Observar o posicionamento do cliente no leito	Dobra os joelhos quando deitado de costas para diminuir a dor		
Perguntar se o cliente tem dificuldade em pegar no sono ou desperta durante a noite devido à dor	Cliente relata se sentir cansado, desperta facilmente		
Observar quanto a sinais não verbais de desconforto	Geme e suspira ao tentar encontrar uma posição confortável no leito		
Observar o contato visual do cliente ao conversar	Tem contato visual insuficiente ao discutir a cirurgia	Ansiedade	Ameaça ao estado de saúde em consequência da cirurgia
Observar a linguagem corporal	Inquieta		
Pedir ao cliente para descrever seus sentimentos com relação à cirurgia	Cliente está inseguro quanto ao que esperar após a cirurgia e ao resultado da cirurgia		
Dar instruções quanto a tópicos de interesse e retornar em 15 minutos para medir a retenção	Esquece detalhes da explicação		

características da resposta humana identificada. Por exemplo, a definição da categoria diagnóstica *mobilidade física prejudicada* é a “limitação do movimento físico dirigido a uma finalidade e independente de uma ou mais extremidades” (NANDA International, 2007). Devem-se consultar as definições dos diagnósticos de enfermagem para auxiliar na identificação do diagnóstico correto de um cliente.

Fatores de Risco. Os fatores de risco são elementos ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família ou uma comunidade a um evento não-saudável (NANDA International, 2007). Eles são componentes de todos os diagnósticos de enfermagem. Os fatores de risco são indicações que sugerem que um diagnóstico de enfermagem de risco se aplica à condição de um cliente. Os exemplos de fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem *risco de infecção* incluem procedimentos invasivos, traumas, desnutrição, imunossupressão e conhecimento insuficiente para evitar a exposição a patógenos. Os fatores de risco ajudam na seleção do diagnóstico de risco correto, de modo semelhante à maneira pela qual as características definidoras ajudam na formulação de diagnósticos de enfermagem atuais. Além disso, os fatores de risco são úteis ao se planejar intervenções de enfermagem de natureza preventiva.

Apoio à Afirmação Diagnóstica. Os dados da avaliação de enfermagem devem apoiar a categoria diagnóstica e os fatores relacionados devem apoiar a etiologia. Para se colher dados de avaliação completos, relevantes e corretos, é útil identificar-se atividades de avaliação que produzam tipos específicos de dados. Perguntar ao cliente a respeito da qualidade e da percepção da dor, por exemplo, acarreta dados subjetivos. Todavia, a palpação de uma área, que gera por vezes uma careta facial de dor, fornece informações objetivas. Assim, também pedir a um cliente para

descrever a percepção de um batimento cardíaco irregular gera informações subjetivas, e usar a auscultação para se obter um pulso produz uma medida objetiva da frequência cardíaca e do ritmo cardíaco. Ao rever dados de avaliação procurando agrupamentos de características definidoras, considere se você sondou e avaliou o cliente de maneira precisa e exaustiva para obter um banco de dados completo.

Relevância Cultural dos Diagnósticos de Enfermagem

Ao selecionar diagnósticos de enfermagem, é importante que você considere a diversidade cultural de seus clientes. Da mesma forma, considere sua própria cultura. A cultura de um cliente influencia o tipo de problemas de cuidado de saúde com que ele se defronta. Ao fazer um diagnóstico, portanto, considere como a cultura influencia o fator relacionado para sua afirmação diagnóstica. Por exemplo, uma comunicação verbal alterada relacionada com diferenças culturais ou a não-adherência relacionada com o sistema de valores do cliente reflete conclusões diagnósticas que consideram as necessidades culturais específicas do cliente.

Sua própria cultura influencia as indicações e as características definidoras que você seleciona em sua avaliação. Wieck (1996) estudou como diferenças culturais entre enfermeiras influenciavam a escolha de características definidoras na elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Os pesquisadores estudaram o diagnóstico de dor em seis grupos culturais diferentes de enfermeiras. De maneira geral, as enfermeiras foram consistentes na seleção das características definidoras. Ao diagnosticar a dor, porém, algumas das enfermeiras não escolheram inquietação ou caretas faciais como características definidoras. As enfermeiras não estavam familiarizadas com essas características, porque elas não eram comuns à maneira pela qual sua própria cultura expressava a dor. Ter consciência e sensibilidade cultural vai melhorar sua precisão ao fazer diagnósticos de enfermagem.

QUADRO 17-3**PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS****Mapas Conceituais como Instrumentos de Avaliação****Resumo das Evidências**

Dois estudos de pesquisa recentes examinaram o uso de mapas conceituais e seu efeito sobre o aprendizado de estudantes. Num estudo (Hsu e Hsieh, 2005), os pesquisadores pediram a 43 estudantes de um programa de enfermagem de 2 anos que participassem da realização de mapas conceituais durante um curso de 16 semanas. Cada estudante completou seis mapas conceituais. Todos os primeiros esboços dos mapas receberam escores baixos, mas o terceiro esboço e os subsequentes evidenciaram melhorias progressivas. Os estudantes começaram com uma sequência linear de conceitos em seus mapas e passaram para uma rede de conceitos mais integrados.

No segundo estudo, os pesquisadores examinaram o uso de mapas conceituais por 23 estudantes de bacharelado do nível inicial (Hinck e outros, 2006). Os pesquisadores examinaram o conteúdo dos mapas dos estudantes ao início e ao fim de um curso de saúde comunitária. Os resultados do estudo mostraram que o mapeamento conceitual melhorou significativamente a capacidade dos estudantes em ver padrões e relações para planejar e avaliar o cuidado de enfermagem.

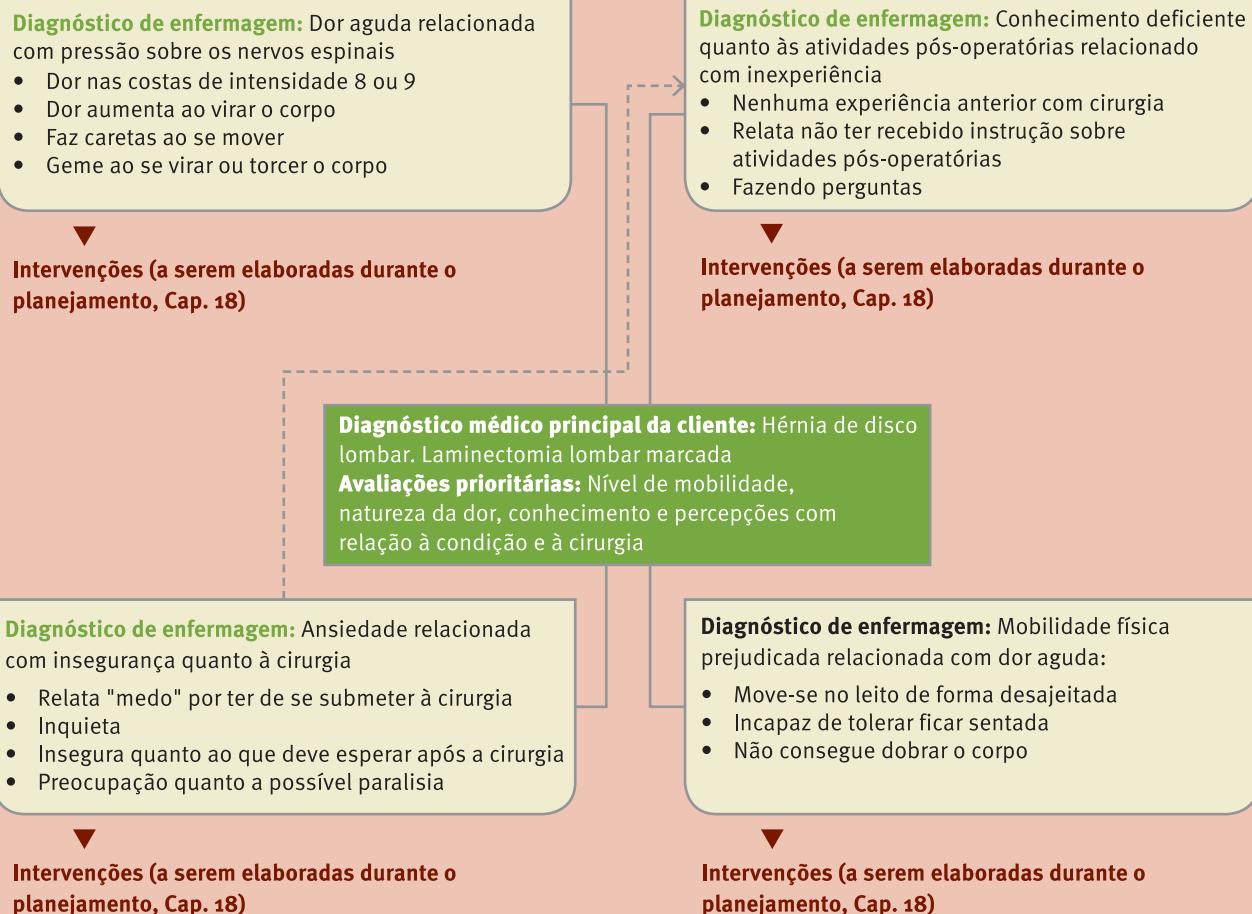
ram que o mapeamento conceitual melhorou significativamente a capacidade dos estudantes em ver padrões e relações para planejar e avaliar o cuidado de enfermagem.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- O mapa conceitual é uma estratégia de aprendizado útil para se ver padrões e relações entre informações clínicas relativas a clientes.
- Os mapas conceituais promovem as habilidades de resolução de problemas e de pensamento crítico por organizar dados complexos dos clientes, analisar relações entre conceitos e identificar intervenções.

Referências

- Hinck SM e outros: Student learning with concept mapping of care plans in community based education, *J Prof Nurs* 22(1):23, 2006.
Hsu L, Hsieh S: Concept maps as an assessment tool in a nursing course, *J Prof Nurs* 21(3):141, 2005.

MAPA CONCEITUAL

— Ligação entre o diagnóstico médico e o diagnóstico de enfermagem - - - Ligação entre os diagnósticos de enfermagem

Figura 17-5 Mapa conceitual para os achados da avaliação de enfermagem da Sra. Devine.

21 | Administração do Cuidado ao Cliente



OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Diferenciar os tipos de modelos de prestação de cuidado de enfermagem.
- Descrever os elementos de tomada de decisão descentralizada.
- Discutir as formas pelas quais uma enfermeira administradora apoia o envolvimento da equipe em um modelo de tomada de decisão descentralizada.
- Discutir formas de aplicar habilidades de coordenação de cuidado clínico à prática de enfermagem.
- Discutir princípios a serem seguidos na delegação apropriada das atividades de cuidado do cliente.



TERMOS-CHAVE

Administração de caso, p. 304

Administração descentralizada,
p. 305

Autonomia, p. 305

Autoridade, p. 305

Cuidado integral do cliente,
p. 303

Delegação, p. 309

Enfermagem de referência ou
principal, p. 303

Gestão partilhada, p. 306

Responsabilidade, p. 305

Responsabilidade final, p. 305

Trabalho em equipe, p. 303

Como estudante de enfermagem, é importante que você adquira o conhecimento e as competências necessários que acabam permitindo a você praticar como enfermeira iniciante de equipe (Quadro 21-1). Independentemente do tipo de ambiente que escolha para trabalhar, você será responsável por usar recursos da organização, participar em rotinas organizacionais ao prestar cuidado direto ao cliente, usar o tempo produtivamente, colaborar com todos os membros da equipe de cuidado da saúde e usar determinadas características de liderança para administrar outras pessoas na equipe de enfermagem (Wyllialowski, 2004). A prestação do cuidado de enfermagem no sistema de saúde é um desafio em função das mudanças que estão influenciando os profissionais de saúde, os clientes e as organizações de cuidado da saúde (Cap. 2). Entretanto, mudanças oferecem oportunidades. Conforme você desenvolve o conhecimento e as habilidades para tornar-se uma enfermeira de equipe, você aprende o que é necessário para lidar efetivamente com os clientes sob sua responsabilidade e para tornar-se um líder entre seus colegas profissionais.

Montagem de uma Equipe de Enfermagem

As enfermeiras são auto-orientadas e, com liderança e motivação adequadas, são capazes de resolver problemas mais complexos. A formação e o comprometimento da enfermeira com a prática dentro dos padrões e orientações estabelecidos asseguram uma carreira recompensadora. No ambiente de trabalho com capacitação, também é importante participar de uma equipe de enfermagem coesa e forte, que trabalha em conjunto para atingir os melhores resultados para os clientes (Batcheller e outros, 2004).

A montagem de uma equipe de enfermagem com capacitação começa com a enfermeira executiva que, em geral, é a vice-presidente ou diretora de enfermagem. A posição de executiva dentro da organização é crítica na agregação da direção estratégica de uma organização aos valores filosóficos e metas de enfermagem. A enfermeira executiva é tanto um líder clínico quanto um líder de negócios que se preocupa com a maximização da qualidade do cuidado e com a relação custo-benefício, ao mesmo tempo em que mantém as relações e a satisfação profissional da equipe (Pinkerton, 2001). Talvez a maior responsabilidade da enfermeira executiva seja estabelecer uma perspectiva para a enfermagem que capacite os administradores e a equipe a fornecer cuidado de enfermagem de qualidade.

Para se ter um ambiente de trabalho com capacitação, são necessárias uma enfermeira administradora e uma equipe de enfermagem excelentes. Juntas, a administradora e a equipe de enfermagem precisam partilhar uma visão e filosofia de cuidado para sua unidade de trabalho. Uma filosofia de cuidado inclui os valores da equipe de enfermagem profissional e as preocupações com a forma como os clientes são vistos e cuidados. Por exemplo, uma filosofia direciona o objetivo da unidade de enfermagem, a forma como a equipe irá trabalhar com os clientes e as famílias, e os padrões de cuidado para a unidade de trabalho (Quadro 21-2). Uma filosofia é uma visão de como a enfermagem deve ser praticada. A seleção de um modelo de prestação de cuidado de enfermagem e uma estrutura de administração que apoie a prática de enfermagem profissional são essenciais para a filosofia do cuidado. A relação entre a enfermeira e a enfermeira administradora contribui para a satisfação profissional e para a permanência do trabalho (Ulrich e outros, 2005).

Certificação de Atratividade

Uma forma de criar um ambiente de trabalho com capacitação é pelo *Magnet Recognition Program* (Programa de Certificação de Atratividade). O *Magnet Recognition Program* do *American Nurses*

QUADRO 21-1 Competências da Enfermeira Iniciante

- Desenvolver uma base de conhecimento relevante para a prática de enfermagem.
- Incluir na prática um código de conduta em que a enfermeira se comprometa em prestar cuidado baseado nas necessidades avaliadas do cliente.
- Usar o processo de enfermagem para tomar decisões clínicas.
- Perceber o cliente de uma forma holística.
- Usar habilidades de comunicação oral e escrita efetivamente nas interações com os clientes, famílias, equipe de enfermagem e grupos interdisciplinares.
- Exibir noção de profissionalismo.
- Aceitar responsabilidade para seguir um código ético de conduta.
- Mostrar respeito por si mesma e pelos outros.
- Interpretar questões legais envolvidas no cuidado da saúde.
- Obedecer as leis de licenciamento estaduais e as *Nurse Practice Acts*, os padrões de prática da ANA e às políticas e procedimentos institucionais.
- Defender as próprias decisões.
- Participar de aprendizagem ao longo da vida para permanecer competente em um ambiente de prática mutante.
- Funcionar como modelo ou referência de papel.
- Mostrar responsabilidade por suas próprias ações de enfermagem e dos subordinados.
- Delegar apropriadamente atividades de cuidado.

Modificado de Wyrialowski EF: *Managing client care*, ed 3, St. Louis, 2004, Mosby.
ANA, American Nurses Association.

QUADRO 21-2 Desenvolvimento de uma Perspectiva para uma Unidade de Enfermagem

Qual É o Objetivo ou Missão da Unidade de Enfermagem?

- Por que existimos?
Quem são nossos clientes (internos e externos)?
O que nos torna únicos?
O que é singular sobre nossos clientes?
Como atingimos metas ou visões organizacionais?

Como a Equipe Trabalhará com os Clientes e Famílias?

- Priorizando as necessidades do cliente e da família com uma abordagem focalizada no cliente
Envolvendo os clientes e as famílias em todos os aspectos do cuidado
Fazendo da comunicação uma prioridade

Quais São os Padrões da Unidade de Trabalho?

- Toda a equipe será competente.
Cada membro da equipe é responsável pelo cuidado liberado aos clientes.
A equipe trabalhará em colaboração com todos os membros da equipe de cuidado da saúde.

Valores-chave

- Criação de um ambiente de cuidado
Automotivação e autoadministração
Apoio ao ambiente de aprendizado

Credentialing Center reconhece excelência em serviço de enfermagem e qualidade. O *Magnet Recognition Program* reconhece serviços de enfermagem que criam programas de excelência para a prestação do cuidado de enfermagem, promovem qualidade em ambientes que apoiam a prática de enfermagem profissional e promovem a consecução de resultados positivos do cliente (*American Nurses Credentialing Center*, 2006). As 14 Forças de Atratividade fornecem a estrutura para o processo que leva a estes resultados. As forças foram identificadas a partir de pesquisa que diferenciou as organizações mais capazes de recrutar e reter enfermeiras durante a escassez das décadas de 1970 e 1980. As 14 forças são Qualidade de Liderança em Enfermagem, Estrutura Organizacional, Estilo de Administração, Políticas e Programas de Pessoal, Modelos Profissionais de Cuidado, Qualidade de Cuidado, Melhoria da Qualidade, Consulta e Recursos, Autonomia, Comunidade e a Organização de Cuidado da Saúde, Enfermeiras como Professoras, Imagem da Enfermagem, Relações Interdisciplinares e Desenvolvimento Profissional (ANCC, 2007).

Um hospital com Atratividade possui uma cultura dinâmica e positiva para as enfermeiras. Tipicamente, um hospital com Atratividade tem sistemas de promoção clínica e programas de prática baseada em evidências e pesquisa. As enfermeiras têm autonomia profissional sobre sua prática e controle sobre o ambiente de prática (Bolton e Goodenough, 2003). O hospital com Atratividade capacita a equipe de enfermagem a fazer mudanças e a ser inovadora. Esta cultura e capacitação se combinam para produzir uma forte relação colaborativa entre os membros da equipe e melhorar os resultados de qualidade do cliente.

Modelos de Prestação de Cuidado de Enfermagem

Desde o tempo de Florence Nightingale tem existido uma variedade de modelos de prestação de cuidado de enfermagem, ou métodos usados pelas enfermeiras para prestar cuidado aos clientes. Idealmente, a perspectiva e a filosofia que as enfermeiras estabelecem para o cuidado de qualidade dos clientes orientam a seleção de um modelo de prestação de cuidado. Entretanto, com muita frequência, uma escassez de recursos de enfermagem e planos de negócios da organização de cuidado da saúde influenciam a decisão final. A prestação de cuidado precisa ser efetiva em ajudar as enfermeiras a atingir os resultados desejados para seus clientes. Alguns fatores importantes que contribuem para o sucesso são autoridade na tomada de decisão para as enfermeiras que prestam cuidado direto, autonomia, prática colaborativa e métodos efetivos de comunicação com colegas, médicos e outros prestadores de cuidado da saúde (Ritter-Teitel, 2002; Tiedeman e Lookinland, 2004). Nos modelos de enfermagem, uma enfermeira experiente atuando como líder clínica promove o desenvolvimento de um ambiente seguro para o cliente (Batcheller e outros, 2004).

Trabalho em Equipe. O **trabalho em equipe** desenvolveu-se como um modelo de prestação de cuidado em resposta à grave escassez de enfermagem após a II Guerra Mundial (Marriner Tomey, 2004). No trabalho em equipe, uma enfermeira lidera uma equipe constituída de outras enfermeiras, técnicos de enfermagem ou auxiliares de enfermagem e assistentes. Os membros da equipe fornecem cuidado direto a grupos de clientes sob o comando da enfermeira-líder da equipe. Neste modelo, os outros membros de equipe de enfermagem têm designações de cliente, em vez de serem designados para tarefas de enfermagem particulares.

O líder da equipe, uma enfermeira experiente, desenvolve planos de cuidado do cliente, coordena a prestação do cuidado pela equipe de enfermagem e provê cuidado que exige habilidades complexas de enfermagem.

O líder da equipe também resolve problemas com médicos e membros de outras disciplinas e ajuda a equipe na avaliação da efetividade do seu cuidado (Wyjialowski, 2004). A comunicação se dá em uma hierarquia de enfermeira encarregada para enfermeira encarregada, de enfermeira encarregada para líder da equipe e de líder da equipe para os membros da equipe (Tiedeman e Lookinland, 2004).*

Uma das limitações do modelo é que a líder da equipe despende pouco tempo com os clientes. Dependendo do *mix* de membros da equipe, isso significa que os clientes veem a enfermeira com pouca frequência. Existem riscos no modelo caso a enfermeira seja incapaz de fazer as avaliações necessárias do cliente e caso esteja envolvida em tomada de decisão clínica importante. A orientação de tarefa do modelo e o fato de que as enfermeiras nem sempre cuidam dos mesmos clientes todos os dias podem quebrar a continuidade do cuidado.

Uma vantagem da enfermagem em equipe é o estilo colaborativo que encoraja cada um dos membros da equipe a ajudar os demais. O líder da equipe tem um alto grau de autonomia neste modelo, que é um exemplo de tomada de decisão que ocorre a nível clínico (Marriner Tomey, 2004).

Cuidado Integral do Cliente. **Cuidado integral do cliente** foi o modelo de prestação de cuidado original desenvolvido no tempo de Florence Nightingale. O modelo desapareceu na década de 1930 e tornou-se popular nos anos de 1970 e 1980, quando o número de enfermeiras aumentou (Tiedeman e Lookinland, 2004). A enfermeira é responsável por todos os aspectos do cuidado de um ou mais clientes. Ela pode delegar aspectos do cuidado a um técnico ou à equipe auxiliar, mas é responsável pelo cuidado de todos os clientes a ela designados. A enfermeira trabalha diretamente com o cliente, a família, o médico e os membros da equipe de cuidado da saúde. Tipicamente, o modelo tem um foco baseado no plantão ou turnos. A mesma enfermeira não cuida necessariamente do mesmo cliente ao longo do tempo. A continuidade do cuidado de um plantão para o outro ou de um dia para o outro constitui um problema caso os membros da equipe não comuniquem claramente entre si as necessidades do cliente. A satisfação do cliente com o modelo é alta, mas o cuidado integral do cliente não é custo-efetivo porque exige um grande número de enfermeiras para fornecer cuidado (Tiedeman e Lookinland, 2004).

Enfermagem de Referência ou Principal (Primary Nursing). O modelo de **enfermagem de referência** de prestação de cuidado foi desenvolvido para colocar as enfermeiras à beira do leito e para melhorar a responsabilidade da enfermagem pelos resultados do cliente e pelas relações profissionais entre os membros da equipe (Marriner Tomey, 2004). O modelo tornou-se mais popular na década de 1970 e início dos anos de 1980, conforme os hospitais começaram a empregar mais enfermeiras. A enfermagem de referência apoia uma filosofia voltada para a relação enfermeira-cliente.

A enfermagem de referência é um modelo de prestação de cuidado no qual a enfermeira assume responsabilidade por um grupo de clientes ao longo do tempo. Tipicamente, a enfermeira seleciona os clientes para seu grupo e cuida dos mesmos clientes durante a hospitalização ou permanência no ambiente de cuidado da saúde. A enfermeira de referência avalia as necessidades do cliente, desenvolve um plano de cuidado e assegura-se de que as intervenções de enfermagem apropriadas são liberadas ao cliente. O modelo não exige uma equipe de enfermeiras. Ele é flexível, e uma variedade de membros da equipe é usada em diferentes ambientes de cuidado da saúde (Tiedeman e Lookinland, 2004).

*No Brasil, de acordo com a lei do exercício de enfermagem, a enfermeira é responsável pelos clientes mais graves.

ABORDAGEM ESTRUTURAL	CARACTERÍSTICAS
Administração centralizada	Um único administrador lidera a organização, com diretores supervisionando as responsabilidades departamentais. Tipicamente, as decisões são tomadas em função do cargo da pessoa na organização. As decisões são tomadas de cima para baixo, com mínima participação da equipe. Os administradores tendem a ter responsabilidade mínima pela operação diária da unidade de enfermagem.
Administração descentralizada	A estrutura parece semelhante à da organização centralizada. Geralmente existem menos diretores. Os membros da equipe mais bem informados sobre um problema ou questão tomam decisões com base em conhecimento. Os administradores em geral são responsáveis ou têm responsabilidade final pela equipe, orçamento, e pela administração dia a dia da unidade de trabalho.
Matriz	Os departamentos do hospital tradicional tornam-se reorganizados em unidades de negócio ou unidades de trabalho especializado. Grupos de trabalho em equipe são formados para resolver problemas específicos. Administradores com qualificações especiais orientam a equipe, que frequentemente se reporta a outro administrador.

A enfermagem de referência mantém a continuidade do cuidado pelos plantões, dias ou visitas. O modelo é aplicável a qualquer ambiente de cuidado da saúde. Quando a enfermeira de referência está de folga, outras enfermeiras, inclusive técnicos e auxiliares de enfermagem, dão continuidade ao plano de cuidado desenvolvido. Se existirem diferenças de opinião relativas às necessidades do cliente, os auxiliares e as enfermeiras de referência trabalham juntos para redefinir o plano conforme necessário. A comunicação neste modelo é lateral, de enfermeira para enfermeira e de cuidador para cuidador (Tiedeman e Lookinland, 2004).

Embora a enfermagem primária exija a presença de mais membros profissionais da equipe, isto não significa que o modelo seja mais caro. O cuidado consistentemente administrado por um único profissional minimiza atrasos nas terapias, melhora a colaboração com outros profissionais e ajuda a construir a relação enfermeira-cliente. Neste modelo, a enfermeira tem um alto grau de autonomia clínica e autoridade, que aumentam a colaboração com os médicos (Marriner Tomey, 2004).*

Administração de Caso. **Administração de caso** é uma abordagem de administração de cuidado que coordena e vincula serviços de cuidado da saúde aos clientes e suas famílias ao mesmo tempo em que dinamiza custos e mantém qualidade (Wywialowski, 2004) (Cap. 2). A *Case Management Society of America* (2006) define administração de caso como “um processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação e defesa de opções e serviços para satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo por meio de comunicação e recursos disponíveis para promover resultados custo-efetivos de qualidade”. O que é singular sobre administração de caso é que os médicos, quer individualmente, quer como parte de um grupo colaborativo, supervisionam a administração dos clientes com tipos de caso específicos (p. ex., clientes com diagnósticos específicos que apresentam problemas complexos de enfermagem e clínicos) e, em geral, se responsabilizam por algum padrão de controle de custo e qualidade.

O administrador de caso coordena o cuidado agudo do cliente no hospital, por exemplo, e acompanha então o cliente após a alta. Os administradores de caso nem sempre fornecem cuidado direto, mas, em vez disso, trabalham com outros membros da equipe e os supervisionam e coordenam ativamente o planejamento de alta do cliente.

*No Brasil, existem poucas instituições que adotaram este modelo devido ao alto custo. Nas referências, pode-se encontrar a denominação enfermeira principal e enfermeira de referência.

QUADRO 21-3 Responsabilidades da Enfermeira Administradora

- Ajudar a equipe a estabelecer metas anuais para a unidade e sistemas necessários para atingir as metas.
- Monitorar padrões de prática de enfermagem profissional na unidade.
- Desenvolver um plano atual de desenvolvimento da equipe, incluindo um para novos funcionários.
- Recrutar novos funcionários (entrevista e salário).
- Conduzir avaliações rotineiras da equipe.
- Estabelecer-se como um modelo de papel para serviço positivo ao consumidor (consumidor inclui clientes, famílias e outros membros da equipe de cuidado da saúde).
- Submeter horários de equipe para a unidade.
- Conduzir visitas regulares ao cliente e solução de problemas de queixa do cliente ou da família.
- Estabelecer e implementar um plano de melhoria da qualidade para a unidade.
- Revisar e recomendar novos equipamentos para a unidade.
- Conduzir reuniões regulares da equipe.
- Conduzir visitas com os médicos.
- Estabelecer e apoiar a equipe e os comitês interdisciplinares.

Nesta situação, o administrador de caso ajuda o cliente a identificar necessidades de saúde, bem como os serviços e recursos disponíveis, e a determinar o que é custo-eficaz (Kuntz, 2005). O administrador de caso frequentemente supervisiona um grupo de clientes com problemas de enfermagem e clínicos complexos. Com frequência o administrador de caso é uma enfermeira de prática avançada que, mediante intervenções específicas, ajuda a melhorar os resultados do cliente, como uma redução das readmissões ao hospital e menores custos de cuidado da saúde (Avitall, 2003).

Muitas organizações usam vias críticas ou Mapas de Cuidado (*Care Maps*) em um sistema de administração de caso (Cap. 18). Trata-se de planos de tratamento multidisciplinar projetados para casos específicos. O administrador de caso, juntamente com os membros da equipe de cuidado da saúde, usa as vias críticas ou Mapas de Cuidado para implementar oportunamente as intervenções em um plano coordenado de cuidado. Os planos eliminam a suposição no cuidado do cliente porque todos os membros da equipe de cuidado da saúde trabalham no mesmo plano.

Tomada de Decisão Descentralizada

Estabelecida uma perspectiva de enfermagem, cabe ao administrador direcionar e apoiar a equipe na realização desta perspectiva. A enfermeira executiva apoia os administradores estabelecendo uma estrutura que ajudará a atingir as metas organizacionais e fornece apoio adequado à equipe de liberação de cuidado (Tabela 21-1). Isso implica uma enfermeira executiva comprometida, um excelente administrador e uma equipe de enfermagem capacitada para criar um ambiente de trabalho enriquecedor em que a prática de enfermagem se desenvolve.

A **administração descentralizada**, na qual a tomada de decisão vai até o nível da equipe, é muito comum nas organizações de cuidado da saúde. Este tipo de estrutura administrativa tem a vantagem de criar um ambiente no qual os administradores e a equipe tornam-se mais ativamente envolvidos na formação da identidade da organização de cuidado da saúde e na determinação de sucesso. O trabalho em uma estrutura descentralizada tem o potencial de maior esforço colaborativo, maior competência e motivação da equipe e, por fim, maior sentido de realização profissional e satisfação.

É claro que organizações progressistas obtêm melhores resultados quando os funcionários em todos os níveis estão ativamente envolvidos. Como resultado, o papel de uma enfermeira administradora tem-se tornado crítico na administração de unidades ou grupos de enfermagem efetivos. O Quadro 21-3 destaca as diversas responsabilidades assumidas pelas enfermeiras administradoras. Para realizar um trabalho de tomada de decisão descentralizada, as administradoras precisam saber como levar a tomada de decisão ao nível mais baixo possível. Em uma unidade de enfermagem, é importante que todos os membros da equipe de enfermagem (enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem), assistentes de enfermagem e secretários de unidade estejam envolvidos. Isto significa que eles devem ser mantidos bem informados e que os administradores devem dar a eles a oportunidade de participar nas atividades de solução de problema. Isto engloba oportunidades no cuidado direto do cliente, bem como nas atividades da unidade, como participação em comitê. Elementos importantes para o processo de tomada de decisão são responsabilidade, autonomia, autoridade e responsabilidade final (Anders e Hawkins, 2006).

Responsabilidade refere-se às obrigações e atividades que o indivíduo deve realizar e para as quais foi contratado. As responsabilidades da enfermeira profissional em um determinado papel são esboçadas em uma descrição de função que especifica suas obrigações no cuidado do cliente e na participação como membro da unidade de enfermagem.

Responsabilidade reflete domínio. O indivíduo que supervisiona o funcionário precisa atribuir-lhe responsabilidade, e o funcionário precisa aceitá-la. As administradoras precisam estar seguras de que a equipe comprehende claramente suas responsabilidades, particularmente ante mudança. Por exemplo, quando os hospitais redefinem trabalho, os modelos de prestação de cuidado ao cliente modificam-se de maneira significativa. É responsabilidade da administradora definir claramente o papel da enfermeira no novo modelo de prestação de cuidado. Caso se utilize tomada de decisão descentralizada, a equipe profissional participa na identificação do novo papel da enfermeira. Cada uma das enfermeiras na equipe de trabalho é responsável por conhecer seu papel e saber como desempenhá-lo na movimentada unidade de enfermagem. Por exemplo, a enfermeira de referência é responsável por completar uma avaliação de enfermagem de todos os clientes sob seus cuidados e por desenvolver um plano de cuidado para conduzir cada um dos diagnósticos de enfermagem do cliente (Unidade III). Conforme a equipe libera o plano de cuidado, a enfermeira de referência é responsável pela avaliação do sucesso do



Figura 21-1 Equipe colaborando em questões de prática.

plano. Esta responsabilidade torna-se uma ética de trabalho para a enfermeira na liberação de cuidado excelente ao cliente.

Autonomia é liberdade de escolha e responsabilidade pelas escolhas (Marriner Tomey, 2004). A autonomia compatível com o escopo da prática de enfermagem profissional irá maximizar sua efetividade como enfermeira (Hicks, 2003). Com autonomia, a enfermeira profissional toma decisões independentes sobre o cuidado do cliente. Ela planeja o cuidado para o cliente dentro do escopo da prática de enfermagem profissional e fornece ao cliente intervenções de enfermagem independentes sem prescrição do médico (Cap. 18). A autonomia não é absoluta, mas ocorre em graduações. Inovação por parte das enfermeiras, maior produtividade, retenção mais alta de enfermeira e maior satisfação do cliente são resultados da autonomia na prática de enfermagem (Hicks, 2003). Por exemplo, a enfermeira tem autonomia para desenvolver e implementar um plano de educação sobre alta com base em necessidades específicas do cliente, para qualquer cliente que tenha sido hospitalizado. Ela fornece cuidado de enfermagem que complementa a terapia clínica prescrita.

Autoridade refere-se ao direito legítimo de dar ordens e tomar decisões finais específicas para uma determinada posição (Anders e Hawkins, 2006; Marriner Tomey, 2004). Por exemplo, uma enfermeira de referência, lidando com um grupo de clientes, descobre que os membros da equipe de enfermagem não seguem um plano de educação sobre alta para um cliente. A enfermeira de referência tem autoridade para consultar outras enfermeiras para saber por que as recomendações do plano de cuidado não foram seguidas e para escolher estratégias apropriadas de ensino ao cliente que todos os membros da equipe terão de seguir. A enfermeira de referência tem a autoridade final para selecionar o melhor curso de ação do cuidado do cliente.

Responsabilidade final refere-se ao indivíduo responder por suas ações. Significa que, como enfermeira, você aceita o compromisso de fornecer cuidado excelente ao cliente e a responsabilidade pelos resultados das ações no provimento deste cuidado (Anders e Hawkins, 2006). A enfermeira de referência é a responsável final pelos resultados de seus clientes e por assegurar que o cliente aprenda a informação necessária para melhorar o autocuidado. A enfermeira demonstra responsabilidade final ao checar o cliente e a família após a alta e ao revisar, com a equipe de enfermagem, se houve continuidade na instrução a ele.

Uma unidade de enfermagem descentralizada bem-sucedida exerce em uma base contínua os quatro elementos da tomada de decisão: responsabilidade, autonomia, autoridade e responsabilidade final. Uma administradora eficaz estabelece as mesmas expectativas

QUADRO 21-4 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Características e Percepções Individuais da Colaboração no Ambiente de Trabalho



Resumo das Evidências

É necessário colaboração entre os membros da equipe de cuidado da saúde para ajudar a satisfazer as complexas necessidades dos clientes nos diversos ambientes de cuidado. Estudos prévios mostraram que a colaboração entre enfermeira e médico melhora os resultados do cliente. Neste estudo, os pesquisadores quiseram investigar a relação entre atitudes voltadas para a equipe, comprometimento com a organização e percepções de colaboração entre enfermeiras e médicos. Uma amostragem de 71 enfermeiras profissionais e de 34 médicos em um hospital do meio-oeste americano foi observada por meio de vários questionários. Os resultados mostraram que os indivíduos que eram mais orientados para a equipe e que tinham comprometimento com a organização, revelavam maior percepção de colaboração na unidade. Descobriu-se que a organização desempenha papel importante na criação de um ambiente e cultura que valorizam e promovem a colaboração.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Promover um ambiente em que os valores da equipe de trabalho encorajam as relações colaborativas.
- A comunicação aberta entre os membros da equipe de cuidado da saúde é crítica para o processo de colaboração.
- O comprometimento com a organização embute a relação colaborativa entre a enfermeira e o médico.
- Os recursos da organização precisam ser direcionados ao desenvolvimento da colaboração interdisciplinar.

Referência

Tschannen D: The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration in the work environment, *Medsurg Nurs* 13(5):312, 2004.

para a equipe sobre como as decisões são tomadas. A equipe se reúne rotineiramente para discutir e negociar a forma de manter uniformidade e equilíbrio nos elementos. Os membros da equipe precisam sentir-se confortáveis ao expressar opiniões diferentes e ao desafiar formas de funcionamento da equipe, ao mesmo tempo em que reconhecem sua própria responsabilidade, autonomia, autoridade e responsabilidade final. Por fim, a tomada de decisão descentralizada ajuda a formar a visão da unidade sobre o que é cuidado de enfermagem profissional.

Envolvimento da Equipe. Quando se pratica a tomada de decisão descentralizada em uma unidade de enfermagem, todos os membros da equipe participam ativamente das atividades da unidade (Fig. 21-1). A influência e o controle que as enfermeiras têm sobre suas próprias práticas contribuem para a satisfação com o trabalho (Ulrich e outros, 2005). Como o ambiente de trabalho promove a participação, todos os membros da equipe se beneficiam do conhecimento e das habilidades do grupo inteiro de trabalho. Se a equipe aprender a valorizar o conhecimento e as contribuições dos colegas, o resultado será o melhor cuidado do cliente. As enfermeiras experientes proporcionam liderança e assessoramento em uma unidade de enfermagem, ao mesmo tempo em que promovem a prática colaborativa (Batcheller e outros, 2004). A enfermeira administradora apoia o envolvimento da equipe mediante várias abordagens:

1. *Estabelecimento de prática de enfermagem ou comitês de solução de problema ou conselhos profissionais de gestão partilhada.* Presididos pela equipe clínica sênior, estes grupos estabelecem e mantêm padrões de cuidado para a prática de enfermagem em sua unidade de trabalho. Os comitês reveem e estabelecem padrões de cuidado, desenvolvem políticas e procedimentos, resolvem questões relativas à satisfação do cliente, ou desenvolvem novas ferramentas de documentação. É importante que os comitês focalizem os resultados do cliente, em vez de apenas trabalhar questões para garantir cuidado de qualidade na unidade. A qualidade do cuidado melhora ainda mais quando as enfermeiras têm controle sobre sua própria prática (Anders e Hawkins, 2006). O comitê estabelece métodos ou sistemas para garantir que toda a equipe entre ou participe nas questões de prática. As administradoras nem sempre têm assento no comitê, mas recebem relatórios regulares dele. A natureza do trabalho na unidade de enfermagem determina quais são os membros do comitê. Às vezes, membros de outras áreas, por exemplo, farmácia, terapia respiratória, ou nutrição clínica, participam de comitês de prática ou de conselhos de gestão partilhada.
2. *Prática colaborativa enfermeira/médico.* Colaboração é um processo pelo qual diferentes perspectivas são sintetizadas para se entender melhor problemas complexos e um resultado que é uma solução partilhada que pode não ter sido atingida por uma única pessoa ou organização (Gardner, 2005). O modelo de liberação de cuidado da unidade de enfermagem, o ambiente de apoio da equipe de trabalho e os valores organizacionais influenciam a forma como as enfermeiras e os médicos colaboram (Quadro 21-4) (Tschannen, 2004). Se a unidade praticar enfermagem em equipe, será importante a participação regular dos seus líderes nas visitas médicas. Caso a unidade pratique enfermagem de referência, o médico se comunica com a enfermeira principal ou de referência ou com a enfermeira associada, a que responde pela principal em sua ausência, responsável pelo cuidado do cliente naquele dia. Em um ambiente de cuidado domiciliar ou cuidado estendido, os membros da equipe são capazes de contatar os médicos prontamente e de trabalhar juntos nas decisões relativas ao cuidado do cliente. A administradora evita assumir problemas pela equipe. Em vez disso, os membros da equipe aprendem a manter os médicos informados sobre o que é importante em relação a seus clientes. Um sistema de comunicação aberto que encoraja respeito, confiança e espírito de equipe é crítico (Hambleton, 2005; Schmalenberg e outros, 2005). Algumas vezes, quando surgem problemas clínicos, os médicos frequentam os comitês de prática e apresentam oportunamente programas educativos em serviço sobre novos procedimentos médicos ou achados de pesquisa.
3. *Colaboração interdisciplinar.* A ênfase em eficiência na liberação de cuidado da saúde mantém juntos todos os membros da equipe. Quando sistemas ou programas são reestruturados, é importante o envolvimento interdisciplinar porque grande parte dos processos de cuidado da saúde envolve mais de uma área. O respeito mútuo é crítico em qualquer relação colaborativa (Ulrich e outros, 2005). Gardner (2005) identificou competências essenciais para a parceria colaborativa, incluindo boas habilidades interpessoais, aprendizado de valor e administração de diversidade, desenvolvimento de boas habilidades de resolução de conflito, aprendizado para criar situações de vitória-sucesso, e equilíbrio entre autonomia e unidade na relação colaborativa. Nem todas as decisões exigem colaboração (Gardner, 2005). Use seu julgamento para decidir que problemas são complexos e exigem um processo colaborativo. Ao nível de cuidado do cliente, a equipe reconhece a importância dos encaminhamentos imediatos e da

27 | Autoconceito

OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Discutir fatores que influenciam os seguintes componentes do autoconceito: identidade, imagem corporal e desempenho do papel.
- Identificar estressores que afetam o autoconceito e a autoestima
- Descrever os componentes do autoconceito como relacionados com estágios do desenvolvimento psicossocial e cognitivo.
- Explorar maneiras pelas quais os autoconceitos da enfermeira e as ações de enfermagem afetam o autoconceito e a autoestima do cliente.
- Discuta a prática baseada em evidências aplicável à confusão de atividade, ao distúrbio da imagem corporal à baixa autoestima e ao conflito de papel.
- Examinar as considerações culturais que afetam o autoconceito.
- Aplicar o processo de enfermagem para promover o autoconceito do cliente.

TERMOS-CHAVE

Ambiguidade de papéis, p. 416
Autoconceito, p. 411
Autoestima, p. 414
Conflito do papel, p. 415
Confusão de identidade, p. 415

Desempenho do papel, p. 414
Identidade, p. 412
Imagem corporal, p. 413
Papel doentio, p. 415
Tensão do papel, p. 416
Sobrecarga do papel, p. 416

O autoconceito é a conceituação que um indivíduo faz de si mesmo. É um sentido subjetivo de si mesmo e uma mistura complexa de pensamentos, atitudes e percepções inconscientes e conscientes. O autoconceito afeta diretamente a autoestima da pessoa, ou como uma pessoa se sente sobre si mesma. Embora esses dois termos sejam frequentemente utilizados alternadamente, as enfermeiras precisam diferenciar os dois para avaliar os clientes de maneira correta e completa e desenvolver um plano individualizado de cuidados com base nas necessidades do cliente.

As enfermeiras cuidam de clientes que enfrentam uma variedade de problemas de saúde que ameaçam sua autoimagem e autoestima. A perda da função corporal, um declínio da tolerância a atividades e a dificuldade para gerenciar uma doença crônica são exemplos de situações que mudam o autoconceito de um cliente. As enfermeiras precisam ajudar os clientes a se adaptar a uma alteração no autoconceito e dar apoio quanto aos componentes de autoconceito para promover um enfrentamento bem-sucedido.

Base do Conhecimento Científico

O desenvolvimento e manutenção do autoconceito e da autoestima começam em uma idade jovem e continuam durante todo o ciclo de vida. Existe uma tendência do sexo masculino de relatar maior autoestima do que o sexo feminino (Birndorf e outros, 2005). No entanto, a quantidade exata desta diferença entre os sexos e a maneira como ela varia durante a vida ainda não estão esclarecidas. Os pais e outros cuidadores influenciam o desenvolvimento do autoconceito e autoestima de uma criança. Além disso, os indivíduos aprendem e internalizam influências culturais de autoconceito e autoestima na infância e na adolescência. Existe uma quantidade significativa de ênfase no estímulo do autoconceito da criança em idade escolar. Em geral, crianças jovens tendem a classificar-se em um nível mais alto do que classificam outras crianças, sugerindo que sua visão de si mesmas é positivamente aumentada. A adolescência é um momento particularmente crítico, quando muitas variáveis afetam o autoconceito e a autoestima (Fig. 27-1). A experiência do adolescente parece afetar a autoestima de maneira adversa, mais fortemente para as meninas do que para os meninos. Por exemplo, algumas adolescentes são mais sensíveis com relação à sua aparência e sobre como outras pessoas visualizam-nas. Assim, é importante avaliar as alterações na autoestima entre a adolescência precoce, média e tardia, porque as mudanças no autoconceito ocorrem ao longo do tempo.

A satisfação profissional e o desempenho no trabalho na idade adulta também estão ligados à autoestima. Às vezes, quando as pessoas perdem o emprego, o seu senso de si diminui, elas perdem a motivação de ser socialmente ativas ou até mesmo entram em depressão. Elas perdem a identidade profissional e, como resultado, isto altera a sua autopercepção. O estabelecimento de um senso de si que seja estável e que transcendia relações e situações é uma meta de desenvolvimento da idade adulta.

As evidências sugerem que o senso de si frequentemente é afetado de maneira negativa na vida adulta dos idosos, devido à intensidade das mudanças físicas e emocionais associadas ao envelhecimento (Robins e outros, 2002). Por exemplo, quando o idoso perde um parceiro ou tem uma alteração na saúde, por vezes há uma mudança na interação social ou mesmo nos cuidados de higiene pessoal.

Os pesquisadores também encontraram diferenças étnicas e culturais no autoconceito e na autoestima ao longo do ciclo de vida (Twenge e Crocker, 2002). Para os meninos, a renda familiar acima do nível federal de pobreza, a comunicação familiar positiva e



Figura 27-1 A participação de adolescentes em atividades em grupo pode fomentar a autoestima. (De Birchenall J, Straight E: *Mosby's textbook for the home care aide*, ed 2, St. Louis, 2003, Mosby.)

o envolvimento em uma comunidade religiosa estão associados à autoestima elevada; para meninas, ser de raça/etnia afro-americana ou hispânica, a comunicação familiar positiva e sentir-se segura são preditores de maior autoestima (Birndorf e outros, 2005). A sensibilidade a fatores que afetam o autoconceito e a autoestima em diversas culturas é essencial para assegurar uma abordagem individualizada ao cuidado da saúde.

A maneira como os indivíduos se veem e sua percepção de sua saúde estão intimamente relacionadas. A crença de um cliente na saúde pessoal frequentemente aumenta o seu autoconceito. Declarações como “Eu posso enfrentar qualquer coisa” ou “Eu nunca fiquei doente em toda a minha vida” indicam que os pensamentos de saúde da pessoa são positivos. Doença, hospitalização e cirurgia também afetam o autoconceito. A doença crônica frequentemente afeta a capacidade de fornecer apoio financeiro, o que afeta, em seguida, a autoestima de um indivíduo e os papéis percebidos na família. As percepções negativas em relação ao estado de saúde refletem-se em afirmações como “Não vale mais a pena” ou “Sou um peso para a minha família”. Além disso, a doença crônica afeta a identidade e a imagem corporal, como se pode observar em verbalizações como “Não vou melhorar nunca” ou “Não consigo mais olhar para mim”.

O que os indivíduos pensam e como eles se sentem sobre si mesmos afetam a maneira pela qual eles cuidam de si física e emocionalmente, bem como a maneira como eles se preocupam com os outros. Além disso, a maneira como uma pessoa se comporta geralmente é compatível com o autoconceito e a autoestima. Os indivíduos que têm autoconceitos fracos frequentemente não se sentem no controle das situações e não se sentem dignos do cuidado, o que influencia as decisões relacionadas com o cuidado da saúde. O conhecimento das variáveis que afetam o autoconceito e a autoestima é fundamental para proporcionar um tratamento eficaz.

Base do Conhecimento de Enfermagem

Ao fornecer a prática baseada em evidências aos clientes, incorpore o conhecimento de enfermagem profissional desenvolvido a partir das ciências humanas e exatas, pesquisa em enfermagem e prática clínica.



QUADRO 27-1 Autoconceito: Tarefas de Desenvolvimento

Confiança versus Desconfiança (Nascimento até 1 Ano)

Desenvolve confiança após coerência no cuidado e a promoção de interações

Distingue o *self* do ambiente

Autonomia versus Vergonha e Dúvida (1 a 3 anos)

Começa a comunicar o que gosta e não gosta

Independência crescente em pensamentos e ações

Avalia aparência e função corporal (incluindo vestir-se, alimentar-se, falar e caminhar)

Iniciativa versus Culpas (3 a 6 anos)

Identifica-se com um sexo

Melhora a autoconsciência

Aumenta as competências linguísticas, incluindo a identificação de sentimentos

Diligência versus Inferioridade (6 a 12 Anos)

Incorpora opiniões dos seus pares e professores

Aumenta a autoestima com domínio de novas competências (p. ex., leitura, matemática, esportes, música)

Conscientes dos pontos fortes e limitações

Identidade versus Confusão de Papéis (12 a 20 Anos)

ACEITA AS MODIFICAÇÕES CORPORAL/MATURAÇÃO

Analisa as atitudes, valores e crenças; estabelece metas para o futuro

Postura positiva sobre ampliação de senso do *self*

Intimidade versus Isolamento (Meados dos 20 Anos a Meados dos 40 Anos)

Possui sentimentos positivos estáveis sobre si mesmo

Vivencia transições de papéis de maneira bem-sucedida e aumento das responsabilidades

Generatividade versus Estagnação (Meados dos 40 Anos a Meados dos 60 Anos)

Tem capacidade para aceitar mudanças na aparência e resistência física

Reavalia metas da vida

Apresenta contentamento com o envelhecimento

Integridade do Ego Versus Desespero (Final dos 60 Anos até a Morte)

Sente-se positivo sobre a vida e o seu significado

Interessado em deixar um legado para a próxima geração

Uma base de conhecimento ampla possibilita as enfermeiras ter uma visão holística dos clientes, promovendo assim um cuidado de qualidade para o cliente que irá atender melhor às necessidades de autoconceito de cada cliente e família.

Desenvolvimento do Autoconceito

O desenvolvimento do autoconceito é um processo complexo ao longo da vida que envolve muitos fatores. A teoria psicosocial de Erikson do desenvolvimento (1963) continua sendo útil para a compreensão de tarefas fundamentais que os indivíduos enfrentam em diferentes estágios de desenvolvimento. Cada estágio forma-se sobre as tarefas do estágio anterior. O domínio bem-sucedido de cada estágio leva a um sólido senso de identidade (Quadro 27-1).

Uma enfermeira aprende a reconhecer uma falha do indivíduo em atingir um estágio de desenvolvimento adequado para a idade ou uma regressão individual para um estágio anterior em um período de crise. Esse entendimento possibilita à enfermeira individualizar o cuidado e determinar as intervenções de enfermagem adequadas.

O autoconceito está sempre mudando e baseia-se no seguinte:

- Senso de competência.
- Reações percebidas por outros a respeito do corpo de alguém.
- Percepções e interpretações contínuas dos pensamentos e sentimentos dos outros.
- Relações pessoais e profissionais.
- Identidade acadêmica e relacionada com o emprego.
- As características da personalidade que afetam as autoexpectativas.
- Percepção dos eventos que têm um impacto sobre si mesmo (*self*).
- Domínio de experiências anteriores e novas.
- Identidade étnica, racial e espiritual.

A autoestima é geralmente mais elevada na infância, cai durante a adolescência, aumenta gradualmente durante toda a vida adulta e declina novamente na terceira idade (Robins e outros, 2002). Embora exista variabilidade, em geral este padrão é válido em todos os sexos, estados socioeconômicos e etnias. As crianças frequentemente relatam elevada autoestima porque seu senso de si é inflado por uma variedade de fontes extremamente positivas, e o subsequente declínio é por vezes associado a uma mudança para informações mais realistas sobre si mesmo.

ALERTA DE SEGURANÇA

Para alguns adolescentes, uma redução da autoestima resulta em aumento do comportamento de risco. Isto é demonstrado em comportamentos sem segurança, como a atividade sexual precoce, sexo desprotegido, direção perigosa ou dependência química. Além disso, a baixa autoestima e eventos estressantes da vida predizem de maneira significativa ideias suicidas em adolescentes mais velhos (Wilburn e Smith, 2005). Enfermeiras em todas as situações de cuidado da saúde precisam iniciar uma investigação para suicídio para a detecção precoce de risco de suicídio e implementação de intervenções de enfermagem voltadas para a prevenção do suicídio (Folse e outros, 2006).

A ênfase de Erikson sobre os estágios de generatividade (1963) (Cap. 11) explica o aumento da autoestima e autoconceito na vida adulta. O indivíduo centra-se em ser cada vez mais produtivo e criativo no trabalho, ao mesmo tempo promovendo e orientando a próxima geração. Exetuando a infância, a faixa dos 60 anos parece representar o nível mais alto de autoestima em todo o ciclo de vida. Os pesquisadores relataram uma queda acentuada na autoestima em torno de 70 anos de idade (Robins e outros, 2002). Com base nos estágios de Erikson de desenvolvimento, uma redução no autoconceito nesta idade avançada reflete uma menor necessidade de auto-promoção e de uma mudança no autoconceito para uma visão mais modesta e equilibrada de si mesmo. A identificação de intervenções de enfermagem específicas para abordar as necessidades exclusivas de clientes em diversas fases da vida é essencial.

Componentes e Termos Inter-relacionados de Autoconceito

Um autoconceito positivo dá um senso de significado, totalidade e consistência para uma pessoa. Um autoconceito saudável tem um elevado grau de estabilidade e gera sentimentos positivos em direção a si mesmo. Os componentes do autoconceito frequentemente considerados pelas enfermeiras são identidade, imagem corporal e desempenho do papel. A autoestima é um conceito estreitamente relacionado. A autoestima vem do autoconceito. A autoestima advém do autoconceito e a autoestima influencia o autoconceito.

Identidade. A **identidade** envolve o senso interno de individualidade, totalidade e consistência de uma pessoa ao longo do tempo e em diferentes situações. A identidade implica ser distinto e sepa-

QUADRO 27-2 ASPECTOS CULTURAIS DO CUIDADO

As identidades raciais e culturais são componentes importantes do autoconceito de uma pessoa. Logo no início do crescimento e do desenvolvimento, um indivíduo desenvolve esta identidade no contexto da família. À medida que o indivíduo cresce, os aspectos culturais de seu autoconceito são reforçados através de experiências sociais, familiares ou culturais. Além disso, o autoconceito de uma pessoa é reforçado ou questionado através de influências políticas, sociais ou culturais vivenciadas na escola e em ambientes de trabalho. A modelagem do papel cultural positivo ou negativo ou experiências passadas influenciam o autoconceito.



Implicações para a Prática

- Desenvolva uma atitude aberta, não restritiva para avaliar e incentivar as práticas culturais para melhorar o autoconceito do cliente.
- Pergunte a seus clientes o que eles acham que é importante para ajudá-los a sentirem-se melhores ou ganhar um senso de identidade mais forte.
- Incentive a identidade cultural individualizando as práticas de autocuidado e oferecendo escolhas de tratamento para satisfazer as necessidades de autoconceito dos clientes.
- Facilite atividades de promoção da saúde culturalmente sensíveis que abordem comportamentos de risco identificados através da prática baseada em evidências (p. ex., comportamentos sexuais de risco, peso e questões de forma física).

Dados de Birndorf S e outros: High self-esteem among adolescents: longitudinal trends, sex differences, and protective factors, *J Adolesc Health* 37:194, 2005; Robins RW e outros: Global self-esteem across the life span, *Psychol Aging* 17(3):423, 2002; Ruiz SY e outros: Predictors of self-esteem for Mexican American and European American youths: a re-examination of the influence of parenting, *J Fam Psycho* 16(1):70, 2002; Sterk CE e outros: Self-esteem and at risk women: determinants and relevance to sexual and HIV-related risk behaviors, *Women Health* 40(4):75, 2004; e Twenge JM, Crocker J: Race and self-esteem: meta-analyses comparing whites, blacks, Hispanics, Asians, and American Indians, *Psychol Bull* 128(3):371, 2002.

rado de outros. Ser “*si mesmo*” ou viver uma vida autêntica é a base da verdadeira identidade. As crianças aprendem valores, comportamentos e papéis culturalmente aceitos através da identificação e modelagem. Elas frequentemente ganham uma identidade a partir de auto-observações e do que os indivíduos dizem a elas. Um indivíduo primeiramente identifica-se com figuras familiares e mais tarde com outros modelos, como professores ou pares. Para formar uma identidade, a criança deve ser capaz de reunir os comportamentos e expectativas aprendidos em um conjunto coerente, consistente e único (Erikson, 1963).

É necessário alcançar a identidade para as relações íntimas porque os indivíduos expressam identidade nas relações com os outros (Stuart e Laraia, 2005). Sexualidade é uma parte da identidade. Identidade sexual é a visão pessoal de uma pessoa da masculinidade e da feminilidade; o papel sexual é o comportamento masculino ou feminino exibido. Esta imagem e o seu significado dependem de valores culturalmente determinados (Cap. 28).

Existem diferenças culturais na identidade (Quadro 27-2). A identidade racial ou cultural desenvolve-se a partir da identificação e socialização dentro de um grupo estabelecido, bem como através da experiência de integração da resposta ao autoconceito pelos indivíduos fora do grupo cultural ou racial. Diferenças na identidade étnica (p. ex., mexicanos-americanos ou cubanos-americanos) existem através da identificação com tradições, costumes e rituais dentro de um



Figura 27-2 A aparência de um indivíduo influencia o autoconceito. (De Sorrentino SA: *Mosby's textbook for nursing assistants*, ed 6, St. Louis, 2004, Mosby.)

grupo racial/étnico (p. ex., hispânico/latino). Em geral, quanto mais uma pessoa se identifica com grupos sociais, maior a sua autoestima. Além disso, quando a identidade racial é central para o autoconceito e é positiva, a autoestima tende a ser elevada (Twenge e Crocker, 2002). Um indivíduo que sofre discriminação, preconceito ou estressores ambientais, como baixa renda ou bairros de alta criminalidade, frequentemente conceitualiza ele mesmo de maneira diferente do que um indivíduo que tenha tido condições de vida diferentes (Ruiz e outros, 2002). A influência da raça/etnia sobre a autoestima é evidente nas famílias de adolescentes: pais de afro-americanos e hispânicos/latinos relatam maiores percepções da aparência física e autovalorização global do que os pais de brancos, e as mães de afro-americanos descrevem competência mais atlética do que as mães de hispânicos/latinos brancos (Phares e outros, 2005).

Imagem Corporal. A **imagem corporal** envolve atitudes relacionadas com o corpo, como aparência física, estrutura ou função. Sentimentos sobre a imagem corporal incluem aqueles relacionados à sexualidade, masculinidade e feminilidade, juventude, saúde e força. Essas imagens mentais nem sempre são compatíveis com a estrutura física ou aparência real da pessoa. Algumas distorções da imagem corporal têm origens psicológicas profundas, tais como o distúrbio alimentar de anorexia nervosa. Outras alterações ocorrem como resultado de eventos situacionais, como a perda ou alteração em uma parte do corpo. As enfermeiras precisam estar cientes de que a maioria dos homens e das mulheres sofre algum grau de insatisfação com seus corpos, o que afeta a imagem corporal e o autoconceito global. Os indivíduos frequentemente exageram os distúrbios da imagem corporal quando ocorre uma mudança no estado de saúde. A maneira como os outros veem o corpo de uma pessoa e o *feedback* oferecido também são influentes. Por exemplo, um marido controlador e violento diz à esposa que ela é feia e que mais ninguém iria querê-la. Ao longo dos anos de casamento, ela incorpora essa desvalorização em seu autoconceito.

O crescimento cognitivo e o desenvolvimento físico também afetam a imagem corporal. As mudanças normais do desenvolvimento, como a puberdade e o envelhecimento, têm um efeito mais evidente sobre a imagem corporal do que em outros aspectos do autoconceito. As alterações hormonais durante a adolescência e a menopausa influenciam a imagem corporal. O desenvolvimento das características sexuais secundárias e alterações na distribuição de gordura corporal têm um impacto muito grande sobre o autoconceito de um adolescente. As mudanças associadas ao envelhecimento (*i.e.*, rugas, cabelos grisalhos e diminuição da acuidade visual, auditiva e da mobilidade) também afetam a imagem corporal de um indivíduo idoso.

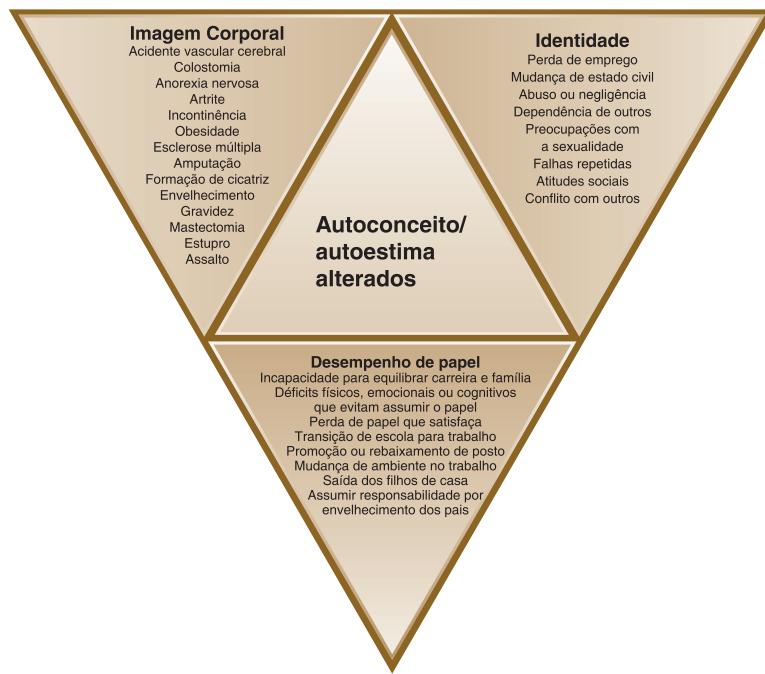


Figura 27-3 Estressores comuns que influenciam o autoconceito.

Atitudes e valores culturais e sociais também influenciam a imagem corporal. A cultura e a sociedade ditam as normas aceitas de imagem corporal e influenciam as atitudes de uma pessoa (Fig. 27-2). O histórico racial ou étnico desempenha um papel integral na satisfação corporal em meninas adolescentes, como refletido na elevada incidência de satisfação corporal entre as meninas afro-americanas, em comparação com meninas brancas (Kelly e outros, 2005). Além disso, as meninas afro-americanas descreveram opiniões mais favoráveis sobre aparência física, relataram menos pressão social para a magreza e menor tendência a basear a autoestima na imagem corporal do que as meninas brancas (White e outros, 2003). Valores como o peso corporal e forma ideais, bem como atitudes com relação a *piercings* e tatuagens, têm uma base cultural. A sociedade americana enfatiza a juventude, a beleza e a integralidade. As culturas ocidentais foram socializadas para temer o processo de envelhecimento normal, enquanto as culturas orientais veem o envelhecimento de maneira muito positiva e respeitam os idosos. As questões de imagem corporal estão frequentemente associadas a problemas no autoconceito e autoestima.

Desempenho do Papel. O **desempenho do papel** é a forma como os indivíduos percebem sua capacidade para desempenhar as funções importantes. Isso inclui papéis como o de progenitor, supervisor ou amigo íntimo. Os papéis que os indivíduos desempenham em determinadas situações envolvem a socialização a expectativas ou padrões de comportamento. Os padrões são estáveis e alteram-se apenas minimamente na vida adulta. Os indivíduos desenvolvem e mantêm comportamentos que a sociedade aprova por meio dos seguintes processos:

- **Reforço-extinção:** Determinados comportamentos tornam-se comuns ou são evitados, dependendo de se eles forem aprovados e reforçados ou desencorajados e punidos.
- **Inibição:** Um indivíduo aprende a se abster de comportamentos, mesmo quando tentado a enveredar por eles.
- **Substituição:** Um indivíduo substitui um comportamento por outro que proporciona a mesma gratificação pessoal.

- **Imitação:** Um indivíduo adquire conhecimento, habilidades ou comportamentos de membros do grupo social ou cultural.
- **Identificação:** Um indivíduo internaliza as crenças, comportamento e valores dos modelos de papel em uma expressão pessoal e única de si mesmo.

Os comportamentos do papel social ideal são frequentemente difíceis de alcançar na vida real. Os indivíduos têm múltiplos papéis e necessidades pessoais que algumas vezes são conflitantes. Adultos bem-sucedidos aprendem a distinguir entre expectativas do papel ideal e possibilidades realistas. Para atuar de maneira eficaz em múltiplos papéis, uma pessoa tem de conhecer o comportamento esperado e valores, desejar adequar-se a eles e ser capaz de satisfazer às exigências do papel. O cumprimento das expectativas do papel leva a um aumento do senso de si. A dificuldade ou fracasso em atender às expectativas do papel levam a déficits e, frequentemente, contribui para a diminuição da autoestima ou para a alteração do autoconceito.

Autoestima. A **autoestima** é um sentimento global de autoavaliação do indivíduo ou a avaliação emocional do autoconceito. É a autoavaliação mais fundamental porque representa o julgamento global da valorização pessoal ou valores. A autoestima é positiva quando alguém se sente capaz, útil e competente (Rosenberg, 1965). A autoestima de uma criança está relacionada com a avaliação pela criança de sua eficácia na escola, na família e em situações sociais. A avaliação dos outros provavelmente também tem influência profunda sobre a autoestima da criança.

Considerar a relação entre um autoconceito real da pessoa e seu si mesmo (*self*) ideal aumenta a compreensão da autoestima. O *self* ideal é constituído por aspirações, metas, valores e padrões de comportamento que uma pessoa considera ideais e se esforça para atingir. Em geral, uma pessoa cujo autoconceito aproxima-se da compatibilidade com o *self* ideal tem autoestima elevada, enquanto uma pessoa cujo autoconceito varia muito do *self* ideal sofre de baixa autoestima. Uma vez estabelecidos, os sentimentos básicos do *self* tendem a ser constantes, embora uma crise situacional afete temporariamente a autoestima.

Estressores que Afetam o Autoconceito

Um estressor do autoconceito é qualquer mudança real ou percebida que ameaça a identidade, a imagem corporal ou o desempenho do papel (Fig. 27-3). A percepção pelo indivíduo do estressor é o fator mais importante para determinar a sua resposta. A capacidade de restabelecer o equilíbrio após um estressor está relacionada com inúmeros fatores, incluindo o número de estressores, a duração do estressor e o estado de saúde (Cap. 31). Os estressores desafiam as capacidades adaptativas de uma pessoa. Mudanças que ocorrem na saúde física, espiritual, emocional, sexual, familiar e sociocultural afetam o autoconceito. Ser capaz de se adaptar aos estressores provavelmente conduz a um senso de si positivo, enquanto a falta de adaptação frequentemente leva a um autoconceito negativo.

Qualquer mudança na saúde é um estressor que afeta potencialmente o autoconceito. Uma mudança física no corpo por vezes conduz a uma alteração da imagem corporal que afeta a identidade e a autoestima. Doenças crônicas frequentemente alteram o desempenho do papel, o que muda a identidade e autoestima de um indivíduo. Além disso, um processo essencial na adaptação às perdas é o desenvolvimento de um novo autoconceito. A perda de um parceiro possivelmente irá levar a uma perda de identidade e a uma autoestima menor (Van Baarsen, 2002). Ao contrário da perda da autoestima mostrada em idosos vulneráveis, a resiliência demonstrada em alguns idosos reflete estratégias cognitivas sofisticadas para gerenciar perdas (Collins e Smyer, 2005).

Os estressores criados como resultado de uma crise também afetam a saúde de uma pessoa. Se a confusão da identidade, as perturbações da imagem corporal, a baixa autoestima ou o conflito de papéis resultantes não são aliviados, a doença possivelmente ocorrerá. Por exemplo, o diagnóstico de câncer representa demandas adicionais em um padrão de vida estabelecido de uma pessoa. Ele muda a avaliação da pessoa sobre o nível atual de funcionamento físico, emocional e social e sua satisfação com eles. Neste caso, avalie a autoestima, a eficácia das estratégias de enfrentamento e o apoio social. Durante crises de autoconceito, os recursos de apoio e educativos são valiosos para ajudar uma pessoa a aprender novas maneiras de lidar com e responder a um evento ou situação estressante para manter ou aumentar o autoconceito.

Estressores da Identidade. Os estressores afetam a identidade de um indivíduo por toda a vida, mas as pessoas são particularmente vulneráveis durante a adolescência. Os adolescentes estão tentando adaptar-se às mudanças físicas, emocionais e mentais decorrentes do aumento da maturidade, o que resulta em insegurança e ansiedade. É também um momento em que o adolescente está desenvolvendo competências psicosociais, como as estratégias de enfrentamento (Cap. 31).

Um adulto normalmente tem uma identidade mais estável e, assim, um autoconceito mais firmemente desenvolvido. Os estressores sociais e culturais, e não os estressores pessoais, têm maior impacto sobre a identidade de um adulto. Por exemplo, um adulto tem de equilibrar família e carreira ou fazer escolhas quanto a honrar tradições religiosas da família de origem. A **confusão de identidade** ocorre quando as pessoas não mantêm uma consciência clara, coerente e contínua da identidade pessoal. Ocorre em qualquer fase da vida, se uma pessoa é incapaz de se adaptar a estressores de identidade.

Estressores da Imagem Corporal. Mudanças na aparência, estrutura ou função de uma parte do corpo requerem um ajuste na imagem corporal. A percepção da mudança por um indivíduo e a importância relativa colocada sobre a imagem corporal irão afetar o significado de uma perda de função ou mudança na aparência. Por exemplo, se a imagem corporal de uma mulher incorpora os órgãos

reprodutores como ideais, uma histerectomia necessária devido a um diagnóstico de câncer uterino é uma alteração significativa e possivelmente irá resultar em uma perda percebida da feminilidade ou da integralidade. As alterações na aparência do corpo, como uma amputação, desfiguração facial ou cicatrizes de queimaduras são estressores evidentes que afetam a imagem corporal. A mastectomia e a colostomia são procedimentos cirúrgicos que alteram a aparência e o funcionamento do corpo, embora as mudanças não sejam visíveis para os outros quando a pessoa está vestida. Embora potencialmente não detectadas pelos outros, essas mudanças corporais têm um impacto significativo sobre o indivíduo. Mesmo algumas mudanças eletivas, como redução ou aumento das mamas, afetam a imagem corporal. Doenças crônicas, como cardiopatia e doença renal, afetam a imagem corporal, pois o corpo já não funciona em um nível ideal. Além disso, os efeitos da gravidez, perda ou aumento significativo de peso, tratamento farmacológico de doença ou radioterapia alteram a imagem corporal. A imagem corporal negativa leva frequentemente a desfechos adversos na saúde.

A resposta da sociedade às mudanças físicas em um indivíduo frequentemente depende das condições que circundam a alteração. Em termos gerais, ocorreram mudanças sociais positivas com relação à forma como o público reage à doença e à alteração da imagem corporal. A mídia frequentemente apresenta histórias positivas sobre pessoas que se adaptam de uma maneira saudável após problemas graves (p. ex., a lesão medular de Christopher Reeve) ou que se adaptam a uma doença debilitante (p. ex., a doença de Parkinson de Michael J. Fox). Estas histórias mudam a percepção do público sobre o que constitui uma incapacidade e certamente têm fornecido modelos de papéis desempenhados positivos para os indivíduos submetidos a estressores do autoconceito, assim como para suas famílias, os amigos e a sociedade como um todo. Em vista da crescente epidemia de obesidade nas culturas ocidentais, os pais e os prestadores de cuidado da saúde precisam abordar as questões de controle de peso sem causar maiores danos à imagem corporal. Proporcionar um ambiente social que se concentre na saúde e na boa forma, e não no controle do peso, possivelmente irá aumentar a satisfação das meninas adolescentes com seus corpos (Kelly e outros, 2005).

Estressores do Desempenho do Papel. Ao longo da vida, uma pessoa passa por inúmeras mudanças de papel. As transições situacionais ocorrem quando progenitores, cônjuges, filhos ou amigos próximos morrem ou quando pessoas mudam, casam-se, divorciam-se ou mudam de emprego. É importante reconhecer que uma mudança ao longo de um contínuo desde a doença até o bem-estar é tão estressante como uma mudança do bem-estar para a doença. Qualquer uma dessas transições pode levar a conflitos de papel, ambiguidade do papel, tensão do papel ou sobrecarga do papel.

O **conflito do papel** ocorre quando uma pessoa tem de assumir simultaneamente dois ou mais papéis que são incoerentes, contraditórios ou mutuamente exclusivos. Por exemplo, quando uma mulher de meia-idade com filhos adolescentes assume a responsabilidade pelo cuidado de seus pais idosos, os conflitos ocorrem em relação a ser uma mãe para seus filhos e a filha de seus pais. Negociar um equilíbrio de tempo e de energia entre os filhos e os pais cria conflitos de papel. A reconhecida importância de cada papel conflitante influencia o grau de conflito experimentado. O **papel doente** envolve as expectativas dos outros e da sociedade com relação a como um indivíduo comporta-se como doente. O conflito de papel ocorre quando as expectativas da sociedade em geral (tome conta de si próprio e você vai ficar melhor) e as expectativas dos colegas de trabalho (precisam do trabalho realizado) colidem. O conflito de cuidar de si mesmo ao mesmo tempo em que realiza todas as tarefas frequentemente é um grande desafio.

A **ambiguidade do papel** envolve esclarecer as expectativas sobre o papel, o que torna as pessoas inseguras sobre o que fazer ou como fazê-lo, criando estresse e confusão. A ambiguidade do papel é comum na adolescência. Os pais, amigos e colegas pressionam os adolescentes a assumir papéis de adultos, embora muitos não tenham os recursos para avançar além do papel de uma criança dependente. A ambiguidade do papel também é comum em situações de emprego. Em organizações complexas, em rápida mudança ou altamente especializadas, os trabalhadores frequentemente ficam inseguros sobre as expectativas de emprego.

A **tensão do papel** combina o conflito do papel e a ambiguidade do papel. Alguns expressam a tensão do papel como um sentimento de frustração quando uma pessoa se sente incompetente ou inadequada para um papel (Stuart e Laraia, 2005), como a prestação de cuidados a um familiar com Alzheimer.

A **sobrecarga do papel** envolve ter mais papéis e responsabilidades dentro de um papel do que pode gerenciar. Isso é comum em um indivíduo que tenta sem sucesso satisfazer as exigências do trabalho e da família ao mesmo tempo em que se esforça para ter um tempo para si. Muitas vezes, durante os períodos de doença ou mudança, os envolvidos, quer como o que está doente ou como um outro significativo, encontram-se com sobrecarga de papel.

Estressores da Autoestima. Os indivíduos com autoestima elevada geralmente são mais resilientes e mais capazes de lidar com demandas e estressores do que aqueles com baixa autoestima. A baixa autoestima contribui para a sensação de incompletude e falta de ligação aos outros e às vezes resulta em depressão e desconforto ou ansiedade persistentes. Doença, cirurgia ou acidentes que mudam os padrões de vida também influenciam os sentimentos de autoestima. Doenças crônicas, como diabetes, artrite e disfunção cardíaca, exigem mudanças nos padrões comportamentais aceitos e de adesão longa. Quanto mais a doença crônica interfere na capacidade de participar de atividades que contribuam para sentimentos de valorização e sucesso, mais ela afeta a autoestima.

Os estressores da autoestima variam de acordo com os estágios de desenvolvimento. A incapacidade percebida de satisfazer as expectativas familiares, as duras críticas, uma disciplina incoerente e uma rivalidade não resolvida entre irmãos reduzem o nível de autoestima das crianças. Baixa autoestima e eventos estressantes da vida nos adolescentes em idade de frequentar a faculdade são potenciais preditores de comportamento e pensamentos suicidas (Wilburn e Smith, 2005). Um momento importante do desenvolvimento, como a gravidez, introduz estressores do autoconceito exclusivos e tem implicações significativas para o cuidado da saúde. Achados recentes sugerem que, para alguns adolescentes afro-americanos economicamente desfavorecidos, comportamentos sexuais seguros nem sempre são valorizados e a gravidez é uma afirmação da identidade étnica (Salazar e outros, 2005). A baixa autoestima durante a adolescência também tem consequências significativas no mundo real na idade adulta, como saúde precária, comportamento criminoso e perspectivas econômicas limitadas, em comparação com adolescentes com elevada autoestima (Trzesniewski e outros, 2006). A ligação entre os comportamentos sexuais e os relacionados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em mulheres afro-americanas sugere que a autoestima e os comportamentos de saúde estão interligados (Sterk e outros, 2004). Os estressores que afetam a autoestima de um adulto incluem falha no trabalho e relacionamentos malsucedidos. Os estressores do autoconceito em adultos idosos incluem problemas de saúde, declínio do estado socioeconômico, perda do cônjuge ou luto, a perda de apoio social e declínio na conquista de experiências após aposentadoria (Quadro 27-3).

QUADRO 27-3

FOCO EM IDOSOS

Reforço do Autoconceito

O autoconceito é por vezes afetado negativamente na vida adulta dos idosos devido a uma série de mudanças na vida. Porém, em alguns indivíduos, o envelhecimento promove uma melhora das estratégias de enfrentamento que protegem contra o declínio de sentimentos de autoestima, apesar das mudanças físicas e emocionais associadas ao envelhecimento. As intervenções de enfermagem com o objetivo de elevar o autoconceito e a autoestima em idosos são fundamentais.



Implicações para a Prática

- Esclareça o que significam as mudanças de vida e os efeitos sobre o autoconceito. Discuta problemas de saúde, declínio do estado socioeconômico, perda do cônjuge ou luto e perda de apoio social após a aposentadoria.
- Esteja alerta à preocupação com queixas físicas. Analise minuciosamente as queixas e, se não houver nenhuma explicação física, incentive o idoso a verbalizar necessidades (medo, insegurança, solidão) de maneira não física.
- Identifique mecanismos de enfrentamento positivos e negativos. Apoie as estratégias eficazes.
- Incentive o contar histórias e a revisão de fotografias antigas.
- Transmita ao idoso que ele é digno de atenção ouvindo-o ativamente e aceitando seus sentimentos, sendo respeitoso e louvando comportamentos saudáveis.
- Proporcione um tempo adicional para concluir tarefas. Reforce os esforços do idoso por independência.

Dados de Collins, Smyer MA: The resilience of self-esteem in late adulthood; *J Aging Health* 17(4):471, 2005; Ebersole P e outros: *Gerontological nursing and healthy aging*, ed 2, St. Louis, 2005, Mosby; e Robins RW e outros: Global self-esteem across the life span, *Psychol Aging* 17(3): 423, 2002.

Efeito da Família sobre o Desenvolvimento de Autoconceito

A família desempenha um papel fundamental na criação e na manutenção dos autoconceitos de seus membros. As crianças desenvolvem um sentimento fundamental de quem são a partir dos cuidadores da família. A criança também recebe as normas aceitas de como pensar, sentir e comportar-se dos membros da família. Às vezes, os pais bem intencionados cultivam autoconceitos negativos nas crianças. Parte da literatura sugere que os pais são as influências mais importantes no desenvolvimento de uma criança, embora variações na abordagem dependam da cultura. Especificamente, existe uma relação entre pais que respondem de uma maneira firme, consistente e calorosa e uma criança com autoestima positiva e bom desempenho escolar (Ruiz e outros, 2002). O apoio elevado dos pais e seu monitoramento estão relacionados com uma maior autoestima e menos comportamentos de risco (Parker e Benson, 2004). Os pais que são severos, inconsistentes ou têm baixa autoestima frequentemente comportam-se de maneira a estimular autoconceitos negativos em seus filhos. A comunicação positiva e o apoio social fomentam a autoestima e o bem-estar na adolescência (Birndorf e outros, 2005). Para reverter um autoconceito negativo de um cliente, avalie primeiramente o estilo de relacionamento da família (Cap. 10). A família e fatores culturais algumas vezes influenciam práticas de saúde negativas, como o tabagismo (Quadro 27-4). A mudança do autoconceito exige uma abordagem de prática baseada em evidências sustentada por toda a equipe de saúde.

QUADRO 27-4 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Autoconceito e Risco do Tabagismo

Resumo das Evidências

O tabagismo por mulheres jovens é uma preocupação crescente de saúde. A decisão de fumar é talvez um reflexo das questões de autoconceito e é possivelmente influenciada pela cultura. A conscientização dos fatores de risco é essencial para a implementação de cuidado da saúde preventivo em uma variedade de situações de enfermagem.



O objetivo deste estudo de 10 anos foi identificar precoceamente os preditores do tabagismo diário em mulheres jovens. Este estudo de 1.213 meninas negras e 1.166 meninas brancas revelou que as meninas brancas apresentavam maior risco de se tornarem fumantes diárias do que as meninas negras. Os preditores iniciais do tabagismo diário incluíam educação familiar, casas com apenas uma família, ingestão de álcool aos 11 a 12 anos de idade, impulso maior por magreza aos 11 a 12 anos de idade, conduta comportamental inferior aos 11 a 12 anos de idade e um aumento percebido do estresse a partir dos 10 a 11 anos de idade até os 12 a 13 anos de idade.

Aplicação à Prática da Enfermagem

- Preocupações com peso corporal, assim como fatores familiares, do ambiente social e comportamentais, são questões importantes para abordar com pré-adolescentes.
- As enfermeiras precisam implementar métodos eficazes, saudáveis e realistas de controle de peso para meninas adolescentes; técnicas incluem a promoção de diversão, atividade física orientada para família e eliminação da dieta.
- Uma ação prioritária de enfermagem é a avaliação das estratégias de enfrentamento da criança e do adolescente; técnicas apropriadas, como comunicação eficaz, resolução de conflitos e gestão do estresse, devem ser ensinadas às crianças.
- A identificação dos fatores de risco para uso precoce de drogas e de álcool, incluindo a predisposição genética e o ambiente familiar, precisa ser uma prioridade para os prestadores de cuidados.

Referência

Voorhees CC e outros: Early predictors of daily smoking in young women: the National Heart, Lung, and Blood Institute growth and health study, *Prev Med* 34:616, 2002.

O Efeito da Enfermeira sobre o Autoconceito do Cliente

A aceitação pela enfermeira de um cliente com um autoconceito alterado ajuda a promover uma mudança positiva. Quando a aparência física de um cliente muda, é provável que tanto o cliente quanto a família olhem para as enfermeiras e observem suas respostas verbais e não verbais e suas reações a esta mudança da aparência. As enfermeiras precisam ter consciência de seus próprios sentimentos, ideias, valores, expectativas e julgamentos. O autoconhecimento é fundamental para a compreensão e a aceitação dos outros. As enfermeiras precisam avaliar e esclarecer as seguintes questões de autoconceito de si próprias:

- Pensamentos e sentimentos sobre estilo de vida, saúde e doença.
- Consciência de como a comunicação não verbal afeta clientes e famílias.
- Valores pessoais e expectativas e como isto afeta o cliente.
- Capacidade para transmitir uma atitude de não julgamento para os clientes.

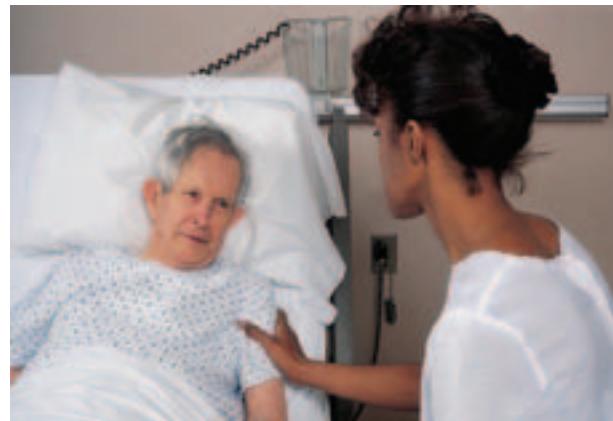


Figura 27-4 Enfermeiras podem usar o toque e o contato visual para aumentar a autoestima do cliente.

- Atitudes preconcebidas com relação a diferenças culturais no autoconceito e na autoestima.

Alguns clientes com uma mudança na aparência corporal ou função são extremamente sensíveis às respostas verbais e não verbais da equipe de saúde. Uma abordagem positiva e prosaica ao cuidado fornece um modelo para o cliente e a família seguirem. As enfermeiras têm um efeito significativo sobre os clientes por transmitirem interesse genuíno e aceitação. Reconhecer e incluir questões de autoconceito no planejamento e prestação de cuidados influencia positivamente os desfechos para o cliente. Construir uma relação cliente-enfermeira confiante e envolver de maneira adequada o cliente e a família na tomada de decisão irá melhorar o autoconceito. As enfermeiras individualizam a sua abordagem destacando as necessidades exclusivas do cliente ou incorporando práticas de saúde ou métodos de expressão espiritual alternativos no plano de cuidados.

As enfermeiras também exercem um impacto significativo sobre a imagem corporal do cliente. Por exemplo, a imagem corporal de uma mulher que sofreu uma mastectomia é influenciada de maneira positiva ao se mostrar aceitação da cicatriz da mastectomia. Por outro lado, uma enfermeira que apresenta uma expressão facial de choque ou repulsa contribuirá para que a mulher desenvolva uma imagem corporal negativa. Os clientes assistem de perto às reações dos outros às suas feridas e cicatrizes e é muito importante para a enfermeira monitorar as respostas em direção ao cliente. Declarações como “Esta ferida está cicatrizando muito bem” ou “Este tecido está com uma aparência saudável” são muito positivas para a imagem corporal do cliente. Comportamentos não verbais ajudam a transmitir o nível de cuidado que existe para um cliente e afetam a autoestima (Fig. 27-4). Preveja reações pessoais, reconheça-as e concentre-se no cliente, e não na tarefa ou situação desagradável. As enfermeiras que se colocam no lugar do cliente irão incorporar medidas para aliviar o embaraço, a frustração, a raiva e a negação.

Medidas preventivas, a detecção precoce e o tratamento adequado minimizam a intensidade dos estressores da autoestima e os efeitos potenciais para o cliente e a família. Aprenda a projetar intervenções específicas de autoconceito que se adaptem ao perfil do cliente para fatores de risco. É essencial avaliar a percepção de um problema pelo cliente e trabalhar de maneira colaborativa para resolver questões de autoconceito. Por exemplo, a autoestima e as práticas de comportamento de alto risco para HIV foram ligadas em um estudo de mulheres afro-americanas predominantemente urbanas (Sterk e ou-

tros, 2004). Os pesquisadores previram níveis de autoestima nestas mulheres “em risco” pela raça, religião, experiências da infância com negligência emocional, o número de problemas sofridos relacionados com dinheiro, bem como o número de problemas relacionados com drogas. Assim, é necessário um conjunto diferente de intervenções para que este grupo de clientes incorpore componentes de construção de autoestima e melhore os desfechos de saúde.

Pensamento Crítico

O pensamento crítico bem-sucedido exige síntese de conhecimentos, experiências, de informações recolhidas junto dos clientes e suas famílias, atitudes de pensamento crítico e padrões profissionais e éticos. O julgamento clínico sólido exige a previsão e garantia das informações necessárias, à análise de dados e tomar decisões adequadas com relação aos cuidados do cliente.

No caso do autoconceito, é essencial integrar os conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, incluindo a teoria de autoconceito, princípios da comunicação e uma consideração de fatores culturais e de desenvolvimento. A experiência prévia no cuidado de clientes com alterações no autoconceito ajuda no cuidado individualizado. O autoconceito influencia profundamente a resposta de uma pessoa à doença. Uma abordagem com pensamento crítico ao cuidado da saúde é essencial. O processo de enfermagem é contínuo até que o autoconceito do cliente seja melhorado, restaurado ou mantido.

O Autoconceito e o Processo de Enfermagem

Coleta de Dados

A coleta de dados sobre o autoconceito e a autoestima, primeiramente deve-se enfocar cada componente do autoconceito (identidade, imagem corporal e desempenho do papel). A avaliação deve incluir comportamentos sugestivos de um autoconceito ou autoestima alterados (Quadro 27-5), estressores reais e potenciais do autoconceito (Fig. 27-3) e padrões de enfrentamento. Recolher dados de avaliação abrangentes exige uma síntese crítica de informações provenientes de várias fontes (Fig. 27-5). Além do questionamento direto (Quadro 27-6), as enfermeiras reúnem uma grande parte dos dados relacionados com o autoconceito por meio da observação do comportamento não verbal do cliente e prestando atenção ao conteúdo da conversa do cliente. Tome notas sobre a maneira pela qual os clientes falam sobre as pessoas nas suas vidas, porque isso irá fornecer indícios de relações estressantes e de suporte, bem como de papéis importantes assumidos pelo cliente. Usando o conhecimento dos estágios de desenvolvimento para determinar quais áreas têm probabilidade de ser importantes para o cliente, obtenha informações sobre esses aspectos da vida das pessoas. Por exemplo, pergunte a um cliente de 70 anos de idade sobre sua vida e o que é importante para ele. A conversa do indivíduo provavelmente irá fornecer dados relativos ao desempenho do papel, identidade, autoestima, estressores e padrões de enfrentamento.

Comportamentos de Enfrentamento. A avaliação da enfermagem também inclui consideração de comportamentos anteriores de enfrentamento, a natureza, o número e a intensidade dos estres-

QUADRO 27-5 Comportamentos Sugestivos de Alterações do Autoconceito

- Prevenção de contato visual
- Postura curvada
- Aparência despenteada
- Excessivamente apoligético
- Discurso hesitante
- Excessivamente crítico ou irritado
- Choro frequente ou inadequado
- Autoavaliação negativa
- Excessivamente dependente
- Hesitante para expressar opiniões e pareceres
- Falta de interesse no que está acontecendo
- Atitude passiva
- Dificuldade na tomada de decisões

QUADRO 27-6 Perguntas de Avaliação da Enfermagem

Natureza do Problema

- Como você se descreveria?
- Que aspectos da sua aparência você gosta?
- Fale-me sobre as coisas que fazem com que você se sinta bem consigo mesmo.
- Fale-me sobre seus principais papéis. Qual seu nível de eficácia na realização de cada um destes papéis?

Início e Duração

- Quando você começou a pensar ou sentir-se de maneira diferente sobre si mesmo?
- Há quanto tempo você luta com _____ (especificar identidade, imagem corporal, desempenho de papel ou autoestima)?
- Você se lembra de um momento em que se sentiu bem consigo mesmo?

Efeito sobre o Cliente

- Diga-me como seu autoconceito afeta sua capacidade de cuidar de si mesmo.
- Qual o impacto que sua autoestima tem sobre relacionamentos?
- De que maneira a sua autoestima afeta outras áreas da sua vida?

sores e os recursos internos e externos do cliente. O conhecimento de como um cliente lidou com estressores no passado fornece uma percepção do estilo de enfrentamento do cliente. Os clientes não abordam todas as questões da mesma maneira, mas eles frequentemente usam um padrão familiar de enfrentamento para estressores recém-encontrados. Identifique estratégias de enfrentamento anteriores para determinar se esses padrões contribuíram para o funcionamento saudável ou criaram mais problemas. Por exemplo, o uso de drogas ou álcool durante momentos de estresse frequentemente gera mais estressores (Cap. 31).

Outras Pessoas Significativas. Explorar os recursos e vantagens, tais como a disponibilidade de outros significativos ou uso anterior de recursos da comunidade, é importante na formulação de um plano de cuidado realista e eficaz. Informações valiosas são obtidas de conversas com a família e outros significativos. Os outros significativos às vezes têm percepções sobre a maneira como a pessoa lida com os estressores. Eles também têm conhecimento sobre o que é importante para

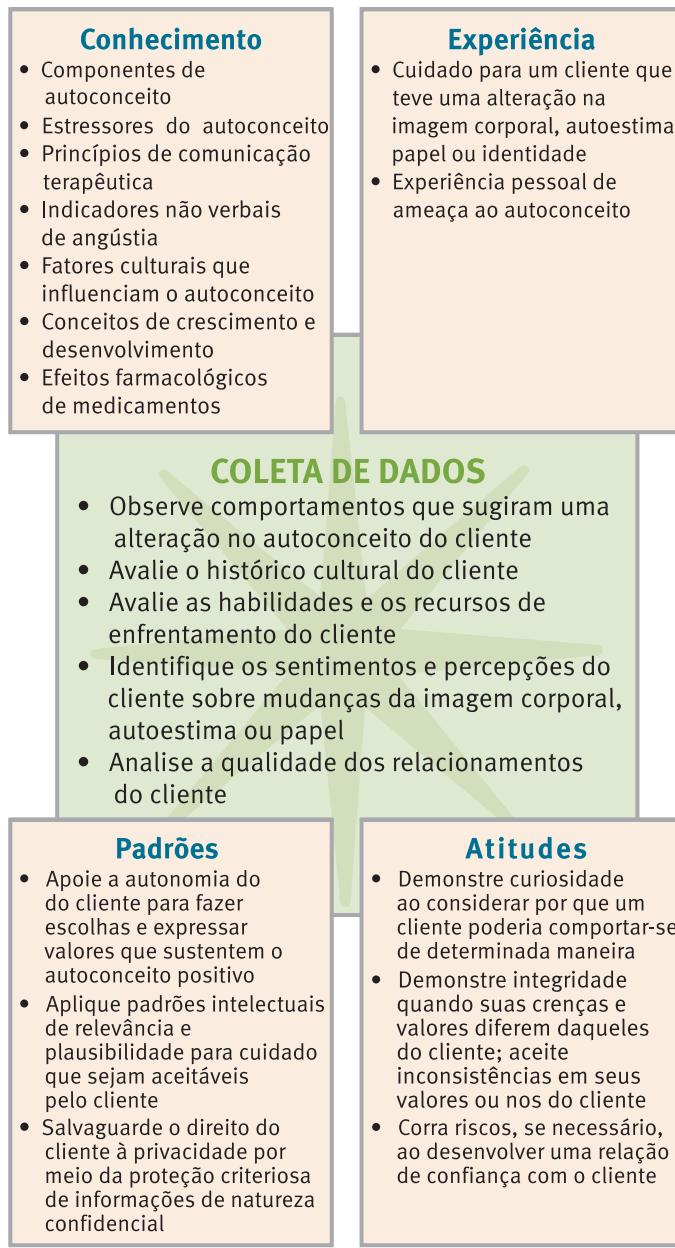


Figura 27-5 Modelo de pensamento crítico para coleta de dados do autoconceito.

o autoconceito da pessoa. A maneira como um outro significativo fala sobre o cliente e o comportamento não verbal deste outro fornecem informações sobre o tipo de apoio disponível para o cliente.

Expectativas do Cliente. Outro fator importante na avaliação do autoconceito são as expectativas da pessoa. Perguntar para o cliente como as intervenções vão fazer a diferença fornece as informações úteis sobre as expectativas do cliente. É também uma oportunidade para discutir as metas do cliente. Por exemplo, uma enfermeira trabalhando com um cliente que está sofrendo de ansiedade relacionada a um exame diagnóstico próximo pergunta ao cliente sobre suas expectativas em relação ao exercício de relaxamento que estão praticando juntos. A resposta do cliente fornece à enfermeira informações preciosas sobre as crenças e atitudes do cliente quanto à eficácia das intervenções, bem como a necessidade potencial de modificar a abordagem de enfermagem.

QUADRO 27-7 PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
Baixa Autoestima Situacional	
Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Peça ao cliente para explicar pensamentos e sentimentos sobre si.	O cliente está choroso e relata pensamentos negativos sobre si mesmo. O cliente relata não querer receber visitas.
Observe comportamento do cliente e pergunte à família se ele está sofrendo mudanças emocionais ou comportamentais.	O cônjuge descreve recolhimento e evitação de intimidade. O cônjuge afirma que esposa é incapaz de tomar decisões.
Identifique se o cliente teve problemas de autoestima no passado e seus planos para melhorar a autoestima.	A cliente nega qualquer problema de autoestima desde a adolescência. Ela descreve desejo de trazer seu marido para um conselheiro para discutir maneiras dele apoiá-la em seu retorno para uma alta autoestima.

Diagnóstico de Enfermagem

Considere cuidadosamente os dados da avaliação para identificar as áreas problemáticas potenciais ou reais do cliente. Baseie-se em conhecimentos e experiências, aplique padrões profissionais adequados e procure agrupamentos de características definidoras que indiquem um diagnóstico de enfermagem. Embora existam quatro diagnósticos de enfermagem rotulados para o autoconceito alterado, a lista que se segue (NANDA International, 2007) também apresenta exemplos de autoconceito relacionados com diagnósticos:

- Distúrbios da imagem corporal.
- Tensão do papel de cuidador.
- Distúrbios da identidade pessoal.
- Desempenho de papel ineficaz.
- Disposição para autoconceito melhorado.
- Baixa autoestima crônica.
- Baixa autoestima situacional.
- Riscos para baixa autoestima situacional.

Fazer diagnósticos de enfermagem sobre autoconceito é complexo. Frequentemente, dados isolados são as características definidoras para mais de um diagnóstico de enfermagem (Quadro 27-7). Por exemplo, um cliente expressa sentimentos de incerteza e inadequação. Estas estão características definidoras tanto para *ansiedade* como para *baixa autoestima situacional*. A percepção de que o cliente está demonstrando características definidoras de mais de um diagnóstico de enfermagem orienta a enfermeira reunir dados específicos para validar e diferenciar o problema subjacente. Para avaliar melhor a possibilidade de *ansiedade* como o diagnóstico de enfermagem, considere se a pessoa tem alguma das seguintes características: a pessoa está enfrentando um aumento da tensão muscular, tremores, uma sensação de estar “perturbado” ou agitação? Esses sintomas sugerem *ansiedade* como o diagnóstico mais adequado. Por outro lado, se a pessoa manifesta uma autoavaliação predominantemente negativa,

como incapacidade para lidar com situações ou eventos e dificuldade em tomar decisões, estas características sugerem que a *baixa autoestima situacional* é mais adequada. Para ajudar ainda mais na diferenciação entre os dois diagnósticos demonstrados, informações sobre os acontecimentos recentes na vida da pessoa e de que modo a pessoa se via no passado fornecem uma visão para um diagnóstico de enfermagem mais adequado. Conforme a enfermeira recolhe dados adicionais, em geral o diagnóstico de enfermagem prioritário torna-se evidente.

Para validar o pensamento crítico quanto a um diagnóstico de enfermagem, compartilhe observações com o cliente e permita que o cliente verifique suas percepções. Esta abordagem frequentemente resulta no fornecimento de dados adicionais pelo cliente, o que esclarece ainda mais a situação. Por exemplo, “Eu percebi que você pulou quando toquei seu braço. Está se sentindo inquieto hoje?” possibilita ao cliente verificar se ele de fato está ansioso e descrever suas preocupações.

Planejamento

Durante o planejamento, sintetize o conhecimento, experiência, as atitudes de pensamento crítico e os padrões (Fig. 27-6). O pensamento crítico assegura que o plano de cuidado do cliente integra informações conhecidas sobre o indivíduo, bem como os principais elementos do pensamento crítico (veja Plano de Cuidado). É importante considerar os padrões profissionais especialmente ao desenvolver um plano de cuidado. Estes padrões frequentemente estabelecem diretrizes éticas ou da prática baseada em evidências para seleção eficaz das intervenções de enfermagem.

Outro método para auxiliar no planejamento do cuidado é um mapa conceitual. Um mapa conceitual ilustrativo (Fig. 27-7) mostra a relação de um diagnóstico médico, reconstrução pós-operatória de cicatrizes faciais graves, com quatro diagnósticos de enfermagem. O mapa conceitual mostra como os diagnósticos de enfermagem estão inter-relacionados. Ele também auxilia em mostrar as inter-relações entre as intervenções de enfermagem. Uma única intervenção pode ser eficaz para mais de um diagnóstico.

Metas e Resultados. Desenvolva um plano de atendimento individualizado para cada diagnóstico de enfermagem. Trabalhe de maneira colaborativa com os clientes para definir expectativas realistas para o atendimento. Certifique-se de que as metas são individualizadas e realistas com desfechos mensuráveis. Ao estabelecer metas, consulte o cliente sobre se os objetivos são atingíveis. A consulta de outros significativos, médicos de saúde mental e de recursos da comunidade irá resultar em um plano mais abrangente e exequível. Depois que a meta for formulada, considere como os dados que ilustraram o problema mudariam se o problema fosse reduzido. Os critérios de desfecho devem refletir essas mudanças. Por exemplo, um cliente é diagnosticado com *baixa autoestima situacional relacionada com uma demissão recente do trabalho*. Estabelecer uma meta: “A autoestima e o autoconceito do cliente começarão a melhorar em 1 semana.” Exemplos de desfechos esperados direcionados para a meta incluem os seguintes:

- O cliente irá discutir um mínimo de três áreas de sua vida em que ela está funcionando bem.
- O cliente terá a possibilidade de expressar o reconhecimento de que a perda do seu emprego não é reflexo de seu valor como pessoa.
- O cliente irá participar de um grupo de apoio para profissionais desempregados.

Estabelecendo as Prioridades. O plano de cuidado apresenta os objetivos, os desfechos esperados e as intervenções para um cliente com uma alteração no autoconceito. As intervenções ajudam

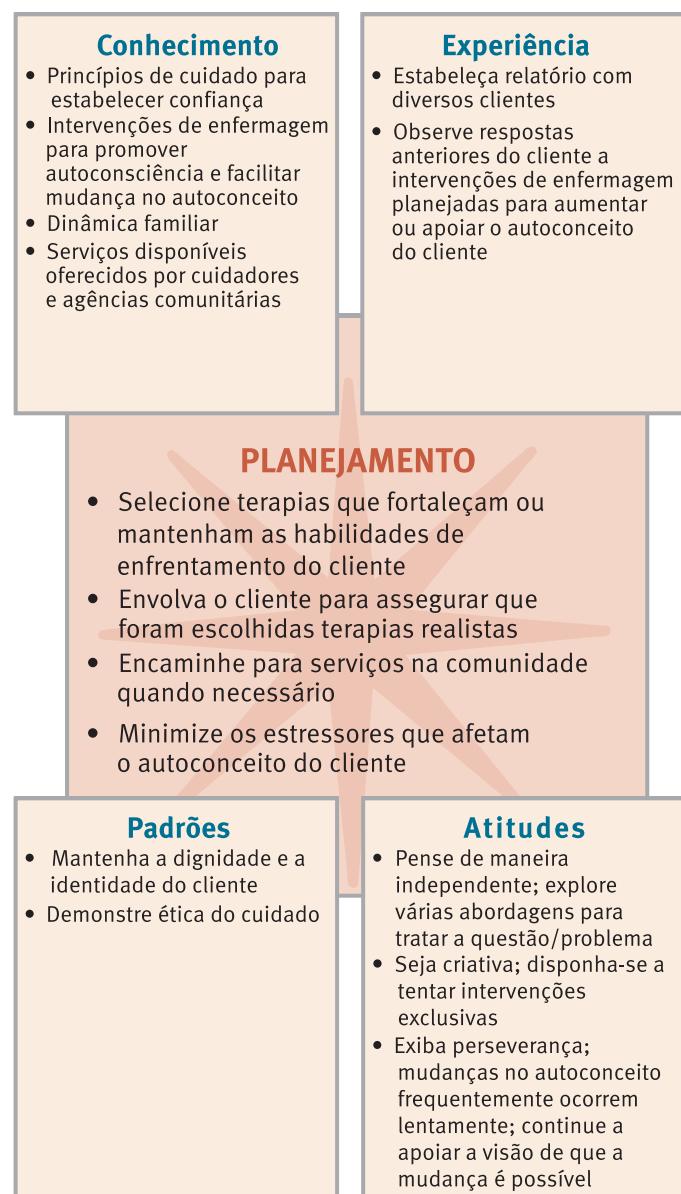


Figura 27-6 Modelo de pensamento crítico para planejamento de autoconceito.

o cliente a adaptar-se aos estressores que levam à perturbação do autoconceito e sustentam e reforçam o desenvolvimento de métodos de enfrentamento. Com frequência, um cliente percebe uma situação como devastadora e sente-se sem esperança quanto a retornar ao nível anterior de funcionamento. O cliente muitas vezes precisa de tempo para se adaptar às mudanças físicas, mas pode trabalhar em direção a uma melhora progressiva da autoimagem e autoestima.

Estabelecer prioridades inclui o uso de comunicação terapêutica para abordar questões de autoconceito, o que assegura que a capacidade do cliente para abordar as necessidades físicas é maximizada. Procure por forças tanto no indivíduo como na família e forneça recursos e orientação para transformar limitações em forças. A orientação do cliente cria uma compreensão da normalidade de determinadas situações (p. ex., a natureza de uma doença crônica, mudança nos relacionamentos ou o efeito de uma perda). Frequentemente, quando os clientes comprehendem as suas situações, o seu sentimento de desespero e desamparo é menor.

Cuidado Colaborativo. As percepções de outros significativos são importantes e devem ser incorporadas ao plano de cuidado. In-

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Baixa Autoestima Situacional

Coleta de Dados

A Sra. Johnson, uma mulher casada de 45 anos de idade que foi submetida a uma mastectomia radical unilateral devido a um câncer de mama maligno, foi encaminhada para Susan Carr, estudante de enfermagem. Susan concluiu a avaliação física da

Atividades de Avaliação

Avalie preocupações sobre identidade (p. ex., papel sexual, feminilidade). Pergunte como a perda de uma mama afetou o seu senso de identidade.

Observe o humor e o estado emocional da Sra. Johnson e sua comunicação não verbal e interações com os outros.

Identifique o interesse e envolvimento da Sra. Johnson em atividades de autocuidado.

Ofereça oportunidades de participar no tratamento e forneça cuidado de enfermagem de apoio e orientação.

Sra. Johnson. A Sra. Johnson foi devidamente medicada para dor. A Sra. Carr se senta para discutir de que maneira a mastectomia afetou o autoconceito e a autoestima da Sra. Johnson.

Achados/Características Definidoras*

A Sra. Johnson parece distante, balança a cabeça e declara, “**Sinto-me menor como mulher**. Meu marido diz que eu sou ainda sexy, mas eu não acredito nele”.

A Sra. Johnson demonstra **contato visual intermitente, choro frequente quando sozinha, puxa a camisola firmemente contra o peito** e mantém **conversas superficiais** com membros da família.

A Sra. Johnson **recusa-se a tomar banho, pentear cabelo, colocar maquiagem e evita olhar em um espelho**. Ela **come menos** do que 50% das refeições.

A Sra. Johnson evita olhar ou tocando seu peito e **não faz perguntas** sobre o seu estado.

*As características definidoras estão em negrito.

Diagnóstico de Enfermagem: Baixa autoestima situacional relacionada à opinião negativa de si mesma, considerando-se menor que a totalidade após mastectomia e incerteza sobre futura identidade e papéis.

Planejamento

Meta

O autoconceito da Sra. Johnson vai melhorar, incluindo autoestima mais positiva e capacidade de atingir o desempenho do papel antes da alta.

Resultados Esperados (NOC)†

Autoestima

A Sra. Johnson vai verbalizar os sentimentos de autoaceitação e autovalorização em um período de 4 dias.

A Sra. Johnson irá demonstrar a manutenção de necessidades básicas de higiene e limpeza em um período de 2 dias.

Desempenho de Papel

A Sra. Johnson irá descrever mudanças nos papéis associadas à mastectomia e irá verbalizar comprometimento para avaliar os recursos da comunidade no dia da alta.

†Rótulos de classificação do resultado de Moorhead S e outros: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed 4, St. Louis, 2008, Mosby.

Intervenções (NIC)‡

Aumento da Autoestima

- Facilite um ambiente e atividades que irão aumentar autoestima.
- Monitore as afirmações de autovalorização da Sra. Johnson.
- Incentive maior responsabilidade por ela mesma e ajude a cliente a aceitar a dependência de outros, conforme o caso.

Justificativa

Um relacionamento terapêutico enfermeira-cliente promove um resultado positivo para o cliente, inclusive o de o cliente assumir a responsabilidade por seus próprios cuidados (Stuart e Laraia, 2005).

A enfermeira deve avaliar pensamentos e sentimentos, incluindo depressão, para garantir a segurança da cliente e fazer encaminhamentos necessários (Folse e outros, 2006).

A promoção do autocuidado aumenta o autoconceito, incluindo a melhora do desempenho do papel (Stuart e Laraia, 2005).

Somente depois que o problema é definido com precisão é possível propor escolhas alternativas (Stuart e Laraia, 2005).

Ampliação do Papel

- Ajude a Sra. Johnson a identificar mudanças de papel específicas trazidas pela mastectomia.

‡Rótulos de classificação da intervenção de Bulechek GM, Butcher HK e Dochterman JM: *Nursing interventions classification (NIC)*, ed 5, St. Louis, 2008, Mosby.

Avaliação**Ações da Enfermagem**

Pergunte à Sra. Johnson quão eficaz ela se sente em sua capacidade de identificar e de expressar sentimentos verbalmente e não verbalmente.

Monitore mudanças nas afirmações da Sra. Johnson sobre si mesma.

Observe a participação da Sra. Johnson no autocuidado ligado à mastectomia.

Peça à Sra. Johnson para identificar recursos fora do hospital.

Resposta/Achado do Cliente

A Sra. Johnson relata, “Já consegui conversar com meu marido, até mesmo sobre as minhas preocupações de que ele não vai mais me considerar atraente”.

A Sra. Johnson está fazendo menos comentários negativos e está avaliando a imagem corporal de maneira mais realista, mas continua insatisfeita com a aparência.

A Sra. Johnson assumiu a responsabilidade pela higiene básica; tem utilizado um espelho para examinar a cicatriz da mastectomia.

A Sra. Johnson assumiu a responsabilidade pela higiene básica; tem utilizado um espelho para examinar a cicatriz da mastectomia.

Obtenção do Resultado

Melhora da comunicação verbal e não verbal observada.

Pequena melhora na autoestima; imagem corporal mais realista, mas continua negativa.

Discute imagem corporal com o marido e a estudante de enfermagem.

Satisfaz necessidades de autocuidado.

Agendou participação em grupo de apoio para pessoas submetidas a mastectomia 2 dias após a data programada para a alta.

MAPA CONCEITUAL**Diagnóstico de enfermagem:** Distúrbios da imagem corporal

- Não toca o rosto
- Não consegue olhar no espelho
- Evita novas interações sociais
- Teme perder o marido se cirurgias “não funcionarem”

Intervenções

- Ajude a desenvolver uma percepção realista da sua imagem corporal
- Diga à cliente que seus sentimentos são semelhantes aos sentimentos de outras pessoas na mesma situação
- Mostre aceitação das cicatrizes faciais quando prestar cuidados

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda

- Classifica dor facial pós-operatória como 9 em uma escala de 0 a 10
- Afirma não haver “nenhum alívio da dor” com ACP
- Padrões de sono precários
- Falta de apetite
- Redução da ingestão nutricional

Intervenções

- Peça ao cliente para descrever os métodos anteriores utilizados para controlar a dor
- Explore a necessidade de analgésicos opioides e não narcóticos
- Discuta os medos do cliente da dor não tratada e da tóxico-dependência

Diagnóstico médico principal do cliente: Pós-operatório de reconstrução de várias cicatrizes faciais graves**Avaliações prioritárias:** Autoestima, efeitos das cicatrizes na imagem corporal, nível de dor e sentimentos de medo e ansiedade**Diagnóstico de enfermagem:** Baixa autoestima situacional

- Afirma que é incapaz de “enfrentar”
- Dificuldade para tomar decisões
- Sentimentos de inutilidade

Intervenções

- Avalie a cliente para detecção de sinais e sintomas de depressão e potencial para suicídio
- Ouça ativamente e demonstre respeito pela cliente
- Peça à cliente para identificar pontos fortes e talentos pessoais

Diagnóstico de enfermagem: Medo

- Redução da autoconfiança
- Relata ser incapaz de resolver problemas pessoais
- Entra em pânico quando as pessoas perguntam sobre o acidente
- Fadiga diária
- Preocupa-se com o fato de as cirurgias “não funcionarem”

Intervenções

- Ajude o cliente a distinguir entre as ameaças verdadeiras e as imaginárias
- Incentive o cliente a escrever sobre medos em um diário
- Explore os sentimentos que contribuem para o medo

— Relação entre diagnóstico médico e diagnóstico de enfermagem - - - Relação entre diagnósticos de enfermagem

Figura 27-7 Mapa conceitual para cliente que está em pós-operatório de reconstrução de várias cicatrizes faciais.

divíduos que sofreram déficits no autoconceito antes do episódio atual de tratamento frequentemente têm estabelecido um sistema de apoio, incluindo médicos de saúde mental, clérigos e outros recursos da comunidade. Antes de incluir a família, considere os desejos do cliente para o seu envolvimento e as normas culturais referentes a quem toma decisões com maior frequência na família. Os clientes que estiverem enfrentando ameaças ao ou alterações no autoconceito frequentemente beneficiam-se de colaboração de serviços de saúde mental e recursos da comunidade para promover uma maior conscientização. Os recursos adicionais incluem fisioterapia, terapia ocupacional, saúde comportamental, serviços sociais e cuidado pastoral. O conhecimento dos recursos disponíveis possibilita encaminhamentos adequados.

◆ Implementação

Como ocorre com todas as etapas do processo de enfermagem, uma relação terapêutica enfermeira-cliente é fundamental para a fase de implementação. A enfermeira desenvolve as metas e os critérios do desfecho e, em seguida, considera as intervenções de enfermagem para promover um autoconceito saudável e ajudar o cliente em direção ao cumprimento das metas. Para desenvolver intervenções eficazes de enfermagem, considere o diagnóstico de enfermagem e individualize intervenções que abordem o diagnóstico. Colaborar com os membros da equipe de saúde irá maximizar a abrangência da abordagem às questões de autoconceito. Independentemente do local de atendimento de saúde, é importante trabalhar com os clientes e suas famílias ou outros significativos para promover um autoconceito saudável. Por exemplo, selecione intervenções de enfermagem que ajudem os clientes a recuperar ou restaurar os elementos que contribuem para um senso forte e seguro de si mesmo. As abordagens esboçadas irão variar em função do nível dos cuidados necessários.

Promoção da Saúde. Trabalhe com os clientes para ajudá-los a desenvolver comportamentos de estilo de vida saudáveis que contribuam para um autoconceito positivo. As medidas que apoiam a adaptação ao estresse, tais como alimentação adequada, exercícios físicos regulares dentro da capacidade do cliente, sono e repouso adequados e práticas de redução de estresse, contribuem para um autoconceito saudável. As enfermeiras estão em uma posição exclusiva de identificar as práticas de estilo de vida que colocam o autoconceito de uma pessoa em risco ou são sugestivas de autoconceitos alterados. Por exemplo, um jovem professor vai a uma clínica, com queixa de não conseguir dormir e sofrer ataques de ansiedade. Ao agrupar a história de enfermagem, surgem as práticas de estilo de vida, como muito pouco descanso, um grande número de mudanças de vida que ocorreram simultaneamente e uso excessivo de álcool. Esses dados, quando tomados em conjunto, são sugestivos de distúrbio potencial ou real do autoconceito. Determine a forma como o cliente vê os vários elementos do estilo de vida para facilitar a percepção, pelo cliente, de seus comportamentos, e para encaminhar ou fornecer uma orientação em saúde necessária.

Cuidado Agudo. No caso de cuidados agudos, alguns clientes sofrem potenciais ameaças ao seu autoconceito devido à natureza do tratamento e aos procedimentos diagnósticos. Ameaças ao autoconceito de uma pessoa frequentemente resultam em ansiedade e/ou medo. Inúmeros estressores, incluindo diagnósticos desconhecidos, necessidade de modificar o estilo de vida e mudanças no funcionamento, estão frequentemente presentes e a enfermeira precisa abordá-los. Em situações de cuidado agudo, frequentemente existe mais de um estressor, aumentando assim o nível global de estresse para o cliente e a família.

As enfermeiras, na realização de cuidados agudos, também encontram clientes que enfrentam a necessidade de se adaptar a uma

QUADRO 27-8

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Alterações no Autoconceito

Objetivo

- Baixa autoestima situacional será reduzida em situação de cuidado domiciliar.



Estratégias de Ensino

- Estimule oportunidades para o cliente cuidar de si mesmo.
- Obtenha percepções do cliente dos pontos fortes e fracos.
- Expressse verbalmente e através de seu comportamento que o cliente é responsável pelo comportamento.
- Identifique os estressores relevantes com o cliente e peça a avaliação deles.
- Explore as respostas de enfrentamento dos problemas adaptativas e não adaptativas.
- Identifique colaborativamente soluções alternativas; incentive alternativas não tentadas anteriormente.
- Continue a reforçar pontos fortes e sucessos.

Avaliação

- Confirme percepção de e o uso real de habilidades de comunicação melhoradas
- Observe o nível de participação nas decisões que afetam o cuidado.
- Observe o estabelecimento de uma rotina simples pelo cliente.
- Observe o cliente tomar as medidas necessárias para alterar respostas de enfrentamento não adaptativas e manter as adaptativas.
- Confirme com o cliente e a família como aplicar novos recursos de enfrentamento para mudança contínua.

Modificado de Stuart GW, Laraia MT: *Principles and practice of psychiatric nursing*, ed 8, St. Louis, 2005, Mosby.

imagem corporal alterada, como resultado de cirurgia ou de outra alteração física. Pelo fato de ser difícil abordar essas necessidades no cuidado agudo, acompanhamento e encaminhamento adequados, incluindo cuidado domiciliar, são essenciais. Mantenha-se sensível ao nível de aceitação da mudança pelo cliente. Forçar o confronto com a mudança antes de o cliente estar pronto provavelmente irá atrasar a aceitação da pessoa. Sinais de que uma pessoa está receptiva a essa visita incluem perguntas relacionadas com a maneira de gerenciar um determinado aspecto do que aconteceu ou de olhar para a área da mudança. Quando o cliente se mostra disponível para integrar a mudança corporal em seu autoconceito, informe a ele sobre grupos que estão disponíveis e faça o contato inicial.

Cuidado Restaurador e Contínuo. Frequentemente, em um ambiente de cuidado domiciliar, uma enfermeira tem mais de uma oportunidade de trabalhar com um cliente para atingir a meta de conseguir um autoconceito mais positivo. Intervenções destinadas a ajudar um cliente a alcançar a meta de se adaptar a mudanças no autoconceito ou de obter um autoconceito positivo baseiam-se na premissa de que o cliente primeiramente desenvolve uma percepção e autoconscientização sobre os problemas e estressores e, em seguida, age para resolver os problemas e lidar com os estressores. Incorpore essa abordagem ao ensino do cliente para alterações no autoconceito, incluindo baixa autoestima situacional, que às vezes está presente em situações de cuidado domiciliar (Quadro 27-8).

Aumente a autoconsciência do cliente ao possibilitar que ele explore abertamente os seus pensamentos e sentimentos. Uma interven-

32 | Sinais Vitais



OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Explicar os princípios e mecanismos da termorregulação.
- Descrever medidas de enfermagem que promovam perda e conservação de calor.
- Discutir alterações fisiológicas associadas à febre.
- Avaliar corretamente as temperaturas timpânica, oral, retal e axilar.
- Avaliar corretamente pulso, respiração, saturação de oxigênio e pressão arterial.
- Explicar a fisiologia da regulação normal da pressão arterial, pulso, saturação de oxigênio e respiração.
- Descrever fatores que causam variações na temperatura corporal, pulso, saturação de oxigênio, respiração e pressão arterial.

- Descrever as variações culturais e étnicas na determinação da pressão arterial.
- Identificar intervalos de variação de valores aceitáveis de sinais vitais para um lactente, uma criança e um adulto.
- Explicar as variações nas técnicas utilizadas para avaliar sinais vitais em lactente, crianças e adultos.
- Descrever os benefícios e as precauções que envolvem a automedidação da pressão arterial.
- Identificar o momento em que os sinais vitais devem ser verificados.
- Registrar e informar corretamente as medições dos sinais vitais.
- Delegar corretamente a medição de sinais vitais.



TERMOS-CHAVE

Afebril, p. 507
Antipiréticos, p. 518
Bradicardia, p. 527
Celsius, p. 509
Condução, p. 505
Convecção, p. 505
Débito cardíaco, p. 520
Déficit de pulsão, p. 527
Diaforese, p. 505
Difusão, p. 528
Disritmia, p. 527
Esfigmomanômetro, p. 543
Eupneia, p. 529
Evaporação, p. 505
Exaustão térmica, p. 508
Fahrenheit, p. 509
Febre de origem desconhecida (FOD), p. 507

Febre, p. 507
Febril, p. 507
Hematórito, p. 536
Hipertensão, p. 537
Hipertermia maligna, p. 507
Hipertermia, p. 507
Hipotálamo, p. 504
Hipotensão ortostática, p. 538
Hipotensão postural, p. 538
Hipotensão, p. 538
Hipotermia, p. 508
Hipoxemia, p. 528
Insolação, p. 507
Intervalo auscultatório, p. 546
Perfusão, p. 528
Pirexia, p. 507
Pirógenos, p. 507

Pressão arterial, p. 536
Pressão de pulsação, p. 536
Pressão diastólica, p. 536
Pressão sistólica, p. 536
Pulso radial, p. 521
Radiação, p. 505
Sinais vitais, p. 503
Taquicardia, p. 527
Taxa metabólica basal (TMB), p. 504
Temperatura corpórea central, p. 504
Termogênese sem tremor, p. 505
Termorregulação, p. 504
Tremor, p. 504
Ulceração produzida pelo frio, p. 508
Ventilação, p. 528

As medidas de temperatura, pulso, pressão arterial (PA), frequência respiratória e saturação de oxigênio são as mais frequentemente obtidas pelos prestadores de cuidado da saúde. Como indicadores do estado de saúde, essas medidas indicam a eficiência das funções circulatória, respiratória, neural e endócrina do corpo. Devido à sua importância, são referidas como **sinais vitais**. A dor, um sintoma subjetivo, também é um sinal vital frequentemente medido juntamente com os demais sinais vitais (Cap. 43). A medida dos sinais vitais fornece dados para determinar o estado usual da saúde do cliente (dados basais). Muitos fatores, como a temperatura do ambiente, o esforço físico do cliente e os efeitos de uma doença, causam alterações nos sinais vitais, algumas vezes fora dos limites de variação aceitável. Uma mudança nos sinais vitais indica uma mudança na função fisiológica. A determinação dos sinais vitais fornece dados para identificar diagnósticos de enfermagem, para implantar intervenções planejadas e para avaliar os resultados da assistência. Uma alteração dos sinais vitais sinaliza a necessidade de intervenção médica ou da enfermagem.

Os sinais vitais são um modo eficiente e rápido de monitorar a condição do cliente ou de identificar problemas e avaliar a resposta do cliente a uma intervenção. Quando você aprende as variáveis fisiológicas que influenciam os sinais vitais e reconhece a relação entre as alterações dos sinais vitais com outros achados de uma avaliação física, você pode determinar precisamente os problemas de saúde do cliente. Você utiliza as técnicas básicas de inspeção, palpação e auscultação para obter os sinais vitais. Essas habilidades são simples, porém não devem ser menosprezadas. Técnicas de medições cuidadosas garantem descobertas acuradas. Os sinais vitais e outras medidas fisiológicas constituem a base para a resolução de um problema clínico.

Diretrizes para Medição dos Sinais Vitais

Os sinais vitais fazem parte do banco de dados da avaliação (histórico) (Quadro 32-1). Você inclui os sinais vitais em uma avaliação física completa (Cap. 33), ou consegue obtê-los individualmente para avaliar a condição do cliente. O estabelecimento de um banco de dados de sinais vitais durante o exame físico rotineiro servirá de base para avaliações futuras. As necessidades e a condição do cliente determinam quando, onde, como e por quem os sinais vitais serão verificados. Você precisa ser capaz de medir os sinais vitais corretamente ou de delegar apropriadamente a sua medição. Na obtenção dos sinais vitais, você precisa entender e interpretar os valores, comunicar as descobertas de forma apropriada e começar as intervenções conforme a necessidade. Use as seguintes diretrizes para incorporar as medições dos sinais vitais na prática de enfermagem:

- A enfermeira que cuida de um cliente é responsável pela mensuração dos sinais vitais. Você pode delegar a mensuração de selecionados sinais vitais (*i.e.*, em clientes estáveis). Entretanto, você precisa analisar os sinais vitais para interpretar seu significado e tomar decisões sobre as intervenções.
- Certifique-se de que os equipamentos estejam funcionando e sejam adequados ao tamanho e à idade do cliente. Equipamentos utilizados na determinação dos sinais vitais (p.ex., termômetro) precisam funcionar adequadamente para garantir medições acuradas.
- Selecione o equipamento com base nas condições e características do cliente (p.ex., não use manguito tamanho adulto para medir a pressão arterial de uma criança).
- Conheça a variação usual dos sinais vitais do cliente. Os valores usuais de um cliente muitas vezes são diferentes da variação acei-

QUADRO 32-1 Sinais Vitais: Variações Aceitáveis para Adultos

Variação da Temperatura: 36° a 38°C (96,8° a 100,4°F)

Média oral/timpânica: 37°C (98,6°F)
Média retal: 37,5°C (99,5°F)
Média axilar: 36,5°C (97,7°F)

Pulso

60 a 100 batidas por minuto

Respirações

12 a 20 respirações por minuto

Pressão Arterial

Média: <120/80

Pressão de pulso: 30 a 50 mmHg

tável para a idade ou o estado físico. Os valores usuais de um cliente servem de base para a comparação com os valores das últimas medições. Assim, você será capaz de detectar uma alteração na condição do cliente com o passar do tempo.

- Aprenda a história da saúde e doença do cliente, terapias e medições prescritas. Algumas doenças ou tratamentos causam mudanças previsíveis dos sinais vitais. Algumas medicações afetam um ou mais sinais vitais.
- Controle ou minimize fatores ambientais que afetam os sinais vitais. Por exemplo, medir a temperatura do cliente em um quarto quente e úmido pode resultar na obtenção de um valor que não indica a verdadeira condição do cliente.
- Utilize uma abordagem organizada e sistemática quando for determinar os sinais vitais. Cada procedimento requer uma abordagem passo-a-passo para garantir acuracidade.
- Com base nas condições do cliente, colabore com os prestadores de cuidado da saúde para decidir a frequência com que os sinais vitais devem ser verificados. No hospital, o prestador de cuidado da saúde irá ordenar uma frequência mínima de determinação dos sinais vitais para cada cliente. Seguindo-se à cirurgia ou ao tratamento, você determina os sinais vitais com maior frequência para detectar complicações. No cenário clínico ou ambulatorial, você verifica os sinais vitais antes que os prestadores de cuidado da saúde examinem o cliente e após qualquer procedimento invasivo. À medida que as condições físicas de um cliente pioram, muitas vezes é necessário monitorar os sinais vitais a cada 5 a 10 minutos. A enfermeira é responsável pelo julgamento da necessidade de medições mais frequentes (Quadro 32-2).
- Use as medições dos sinais vitais para determinar indicações para administração de medicamentos. Por exemplo, você dá certas drogas cardíacas somente diante de uma variação dos valores de pulso ou de pressão arterial. Administre antipiréticos quando a temperatura estiver elevada e fora dos limites de variação aceitáveis para o cliente. Não administre estas drogas se as determinações dos sinais vitais indicarem que as medidas estão dentro de uma faixa específica de variação aceitável.
- Analise os resultados da medição dos sinais vitais. Estes não devem ser interpretados isoladamente. Você também precisa conhecer os sinais ou sintomas físicos relacionados, e estar ciente do atual estado de saúde do cliente.
- Verifique e comunique alterações significativas dos sinais vitais. Documente os sinais vitais e comunique as informações àqueles que cuidam do cliente. As medições basais permitem à enfermeira identificar alterações dos sinais vitais. O aparecimento de

**QUADRO 32-2 Quando Medir os Sinais Vitais**

- Na admissão aos serviços de cuidado da saúde
- Quando avaliar o cliente em visitas de cuidado domiciliar
- No hospital, em esquema de rotina conforme prescrições do prestador de cuidado da saúde ou os padrões de prática do hospital
- Antes e após um procedimento cirúrgico ou um procedimento diagnóstico invasivo
- Antes, durante e após uma transfusão de produtos do sangue
- Antes, durante e após a administração de medicamentos ou terapias que afetam as funções de controle cardiovascular, respiratório ou de temperatura
- Quando as condições físicas gerais do cliente são alteradas (p.ex., perda da consciência ou aumento da intensidade da dor)
- Antes e após intervenções de enfermagem que influenciam um sinal vital (p.ex., antes da deambulação de um cliente previamente em repouso, ou antes que um cliente realize exercícios com amplitude de movimentos)
- Quando o cliente informa sintomas inespecíficos de aflição física (p.ex., sentindo-se “engraçado” ou “diferente”)

um sinal vital possivelmente anormal incentiva a repetição da medição por outra enfermeira ou pelo prestador de cuidado da saúde. Informe à enfermeira ou ao prestador de cuidado da saúde responsável sobre o achado.

- Desenvolva um plano de ensino para instruir o cliente ou a pessoa que cuida dele sobre a medição dos sinais vitais e sobre o significado de seus achados.

Temperatura Corpórea

Fisiologia

A temperatura corpórea é a diferença entre a quantidade de calor produzido por processos do corpo e a quantidade de calor perdido para o ambiente externo.

$$\text{Calor produzido} - \text{Calor perdido} = \text{Temperatura corpórea}$$

Apesar dos extremos nas condições ambientais e na atividade física, nos seres humanos os mecanismos de controle da temperatura mantêm a **temperatura corpórea central** (temperatura dos tecidos profundos) relativamente constante (Fig. 32-1). Entretanto, a temperatura superficial varia, dependendo da circulação sanguínea na pele e da quantidade de calor perdido para o meio ambiente externo. Devido a estas perdas de temperatura na superfície, a temperatura aceitável para os seres humanos varia de 36°C a 38°C (96,8° a 100,4°F). Os tecidos corporais e as células funcionam melhor dentro de um intervalo estreito de temperatura.

O local onde a temperatura é medida (oral, retal, axilar, membrana timpânica, artéria temporal, esofágica, artéria pulmonar ou até mesmo a bexiga urinária) é um fator que determina a temperatura do cliente. Para adultos jovens saudáveis, a temperatura oral média é de 37°C (98,6°F). Na prática clínica, você aprenderá a variação de temperatura individual dos clientes. Uma única temperatura nunca é normal para todos.

A medição da temperatura do corpo é realizada com a finalidade de obter uma temperatura média representativa central dos tecidos corporais. Os locais que refletem temperaturas centrais são indicadores mais confiáveis da temperatura corporal do que os locais que refletem a temperatura superficial (Quadro 32-3). Além disso, o valor de temperatura obtido muitas vezes difere, dependendo do local da medição.

Regulação. Mecanismos fisiológicos e comportamentais regulam o equilíbrio entre calor perdido e calor produzido, ou a **termorregulação**. Para que a temperatura corpórea permaneça constante e dentro de um intervalo de variação aceitável, mecanismos do corpo devem manter a relação entre a produção e a perda de calor. Esta relação é regulada por mecanismos neurológicos e cardiovasculares. Aplique os conhecimentos sobre o controle da temperatura para promover sua regulação.

Controle Neural e Vascular. O **hipotálamo**, localizado entre os hemisférios cerebrais, controla a temperatura corporal do mesmo modo como um termostato trabalha em casa. Uma temperatura confortável é a “temperatura ideal”, definida para operação do sistema de aquecimento. Em casa, uma queda da temperatura do ambiente ativa a fornalha, enquanto um aumento na temperatura desliga este sistema.

O hipotálamo percebe alterações mínimas da temperatura do corpo. O hipotálamo anterior controla a perda de calor e o hipotálamo posterior, a produção de calor. Quando as células nervosas do hipotálamo se tornam aquecidas além da temperatura ideal, impulsos são enviados para reduzir a temperatura corporal. Os mecanismos de perda de calor incluem sudorese, vasodilação (alargamento) das veias sanguíneas e inibição da produção de calor. O organismo redistribui o sangue para as veias superficiais para promover a perda de calor.

Se o hipotálamo posterior percebe que a temperatura do corpo está abaixo da temperatura ideal, o organismo dá início a mecanismos de conservação de calor. A vasoconstricção (estreitamento) das veias sanguíneas reduz a corrente sanguínea na pele e nas extremidades. Uma produção de calor compensatória é estimulada pela contração muscular voluntária e por tremores musculares. Quando a vasoconstricção é ineficiente na prevenção de perda adicional de calor, os tremores começam. Uma doença ou trauma no hipotálamo ou na medula espinal, a qual transmite mensagens hipotalâmicas, causa alterações graves no controle da temperatura.

Produção de Calor. A termorregulação depende do funcionamento normal de processos de produção de calor. O calor produzido pelo corpo é um coproducto do metabolismo, o qual é uma reação química em todas as células do corpo. Os alimentos são a fonte primária de combustível para o metabolismo. Atividades que requerem reações químicas adicionais aumentam a taxa metabólica. À medida que o metabolismo aumenta, há produção adicional de calor. Quando o metabolismo diminui, a produção de calor também diminui. A produção de calor ocorre durante o período de descanso, na realização de movimentos voluntários, no tremor involuntário e na termogênese sem tremores.

- O metabolismo basal contribui para o calor produzido pelo corpo durante o descanso absoluto. A **taxa metabólica basal (TMB)** média depende da área de superfície corporal. Os hormônios da tireoide também afetam a TMB. Através da promoção da quebra de glicose e gordura do organismo, os hormônios da tireoide aumentam a taxa de reações químicas em quase todas as células do organismo. Quando grandes quantidades de hormônios da tireoide são secretadas, a TMB pode aumentar 100% acima do normal. A ausência de hormônios da tireoide corte a TMB pela metade, causando uma redução da produção de calor. O hormônio do sexo masculino, a testosterona, aumenta a TMB. Os homens têm uma TMB mais alta que a das mulheres.
- Movimentos voluntários, tais como atividade muscular durante o exercício, requerem energia adicional. A taxa metabólica aumenta durante a atividade, algumas vezes levando à produção de calor a aumentar 50 vezes acima do normal.
- O **tremor** é uma resposta involuntária do organismo às diferenças de temperaturas corporais. O movimento do músculo esquelético durante o tremor requer uma energia considerável. O tremor

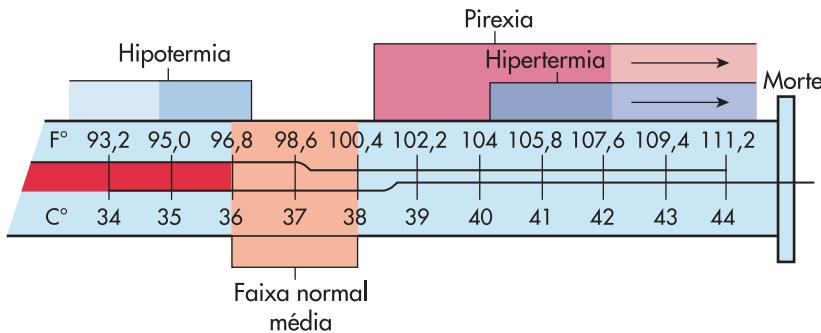


Figura 32-1 Variação normal dos valores de temperatura e consequências fisiológicas de uma temperatura corporal anormal.

QUADRO 32-3 Locais de Medição das Temperaturas Central e Superficial

Temperatura Central	Temperatura Superficial
Reto	Pele
Membrana timpânica	Oral
Artéria temporal	Axilas
Esôfago	
Artéria pulmonar	
Bexiga urinária	

algumas vezes causa um aumento de quatro a cinco vezes na produção de calor normal. O calor que é produzido ajuda na equação da temperatura corpórea e, com isso, o tremor cessa. Em clientes vulneráveis, os tremores esgotam gravemente as fontes de energia, resultando em uma deterioração fisiológica ainda maior.

- A **termogênese sem tremor** ocorre primariamente em recém-nascidos. Como os recém-nascidos não são capazes de tremer, uma quantidade limitada de tecido vascular marrom, presente ao nascimento, é metabolizada para a produção de calor.

Perda de Calor. A perda e a produção de calor ocorrem simultaneamente. A estrutura da pele e sua exposição ao meio ambiente resultam em uma perda normal e constante de calor por radiação, condução, convecção e evaporação.

Radiação é a transferência de calor da superfície de um objeto para a superfície de outro sem o contato direto entre ambas. Até 85% da área de superfície do corpo humano irradia calor para o meio ambiente. A vasodilatação periférica aumenta a circulação sanguínea dos órgãos internos para a pele, para aumentar a perda de calor por radiação. A vasoconstrição periférica minimiza a perda de calor por irradiação. A radiação aumenta ao mesmo tempo em que a diferença de temperatura entre os objetos aumenta. Entretanto, se o meio ambiente está mais quente que a pele, o corpo absorve o calor do meio por radiação.

A posição do cliente aumenta a perda de calor (p.ex., ficar em pé expõe uma área de superfície maior, enquanto deitado em posição fetal minimiza a irradiação). Ajude a promover a perda de calor por radiação por meio da remoção de roupas ou cobertores. Cobrir o corpo com roupas escuras, de tecido de malha fechada, reduz a quantidade de calor perdida por radiação.

Condução é a transferência de calor de um objeto para outro, onde há contato direto entre ambos. Sólidos, líquidos e gases conduzem o calor através do contato. Quando a pele quente toca um objeto mais frio, calor é perdido. A condução normalmente contribui para a perda de uma pequena quantidade de calor. Aplicar uma compres-

sa ou um banho gelado no cliente com uma roupa fresca, aumenta a perda condutiva de calor. A sobreposição de diversas camadas de coberta reduz a perda condutiva de calor. O corpo ganha calor por condução quando entra em contato com materiais mais quentes que a temperatura da pele (p.ex., aplicação de almofada de aquatermia).

Convecção é a transferência de calor para outro lugar pela circulação de ar. Um ventilador promove perda de calor por convecção. A perda convectiva de calor aumenta quando a pele úmida entra em contato com uma leve circulação de ar.

Evaporação é a transferência da energia do calor durante a transformação de um líquido em gás. O corpo perde calor continuamente através da evaporação. Cerca de 600 a 900 mL evaporam diariamente da pele e dos pulmões, resultando em perda de calor e de água. Através da regulação da transpiração ou da sudorese, o corpo promove perda evaporativa adicional de calor. Quando a temperatura corpórea aumenta, o hipotálamo anterior sinaliza a liberação de suor pelas glândulas sudoríparas através de ductos finos na superfície da pele. O suor evapora resultando em perda de calor. Durante o exercício e o estresse emocional ou mental, a sudorese é um modo de perder o calor produzido em excesso devido a um aumento da taxa metabólica. **Diaforese** é a transpiração visível que ocorre principalmente na testa e no tórax superior, embora seja possível observá-la em outras partes do corpo. A evaporação excessiva causa descamação e coceira na pele, assim como ressecamento das narinas e da faringe. A diminuição da temperatura corpórea inibe a secreção de suor pelas glândulas sudoríparas. As pessoas que têm ausência congênita dessas glândulas ou um problema grave na pele que impõe a transpiração são incapazes de tolerar temperaturas elevadas porque não podem resfriar-se adequadamente.

A Pele na Regulação da Temperatura. A pele regula a temperatura através do isolamento do corpo, vasoconstricção (que afeta o fluxo sanguíneo e a perda de calor para a pele) e do sentido da temperatura. A pele, o tecido subcutâneo e a gordura mantêm o calor dentro do organismo. As pessoas mais gordas têm uma camada de isolamento natural maior que as pessoas mais magras e musculosas.

O modo como a pele controla a temperatura corporal é semelhante ao modo como o radiador de um automóvel controla a temperatura do motor. Este gera uma grande quantidade de calor. A água é bombeada através do sistema de motor para coletar o calor e levá-lo até o radiador, onde um ventilador transfere o calor da água para o ar circulante. No corpo humano, os órgãos internos produzem calor, e durante o exercício ou o aumento da estimulação simpática, a quantidade de calor produzida é maior que a temperatura central usual. O sangue flui a partir dos órgãos internos carregando calor para a superfície corporal. A pele tem muitas veias sanguíneas, especialmente nas áreas das mãos, pés e ouvidos. O fluxo sanguíneo através dessas áreas vasculares da pele varia de um fluxo mínimo até cerca de 30% do sangue total ejetado do coração. O calor é transferido a partir do san-

gue através das veias sanguíneas para a superfície da pele, e é perdido no meio ambiente através de mecanismos de perda de calor. A temperatura central do organismo permanece dentro dos limites seguros.

O grau de vasoconstricção determina a quantidade de fluxo sanguíneo e de perda de calor para a pele. Se a temperatura central é muito alta, o hipotálamo inibe a vasoconstricção. Como resultado, as veias dilatam e mais sangue alcança a superfície da pele. Em um dia quente e úmido, as veias das mãos sofrem dilatação e se tornam visíveis. Em contraste, se a temperatura central se torna muito baixa, o hipotálamo inicia a vasoconstrição e há diminuição do fluxo sanguíneo para a pele. Assim, o calor corporal é conservado.

Controle Comportamental. Indivíduos saudáveis são capazes de manter uma temperatura corporal confortável quando expostos a temperaturas extremas. A capacidade de uma pessoa controlar a temperatura corpórea depende (1) do grau da temperatura extrema, (2) da capacidade de a pessoa se sentir confortável ou desconfortável, (3) de processos de pensamento ou emoções e (4) da mobilidade ou habilidade da pessoa para remover ou adicionar roupas. As pessoas são incapazes de controlar a temperatura corporal se qualquer uma dessas capacidades for perdida. Por exemplo, bebês são capazes de sentir condições desconfortáveis de calor mas precisam de ajuda para mudar seu meio ambiente. Idosos algumas vezes precisam de ajuda para detectar ambientes frios e minimizar a perda de calor. Doença, diminuição da consciência ou prejuízo dos processos de pensamento resultam na incapacidade de reconhecer a necessidade de mudar o comportamento para controlar a temperatura. Quando as temperaturas se tornam extremamente altas ou baixas, comportamentos saudáveis, tais como remover ou adicionar roupas, têm um efeito limitado no controle da temperatura. Avalie os fatores que colocam os clientes em alto risco de uma termorregulação ineficiente.

Fatores que Afetam a Temperatura Corpórea

Muitos fatores afetam a temperatura corporal. Alterações da temperatura corpórea dentro de um limite de variação aceitável ocorrem quando mecanismos fisiológicos ou comportamentais alteram a relação entre a produção e a perda de calor. Esteja atento para esses fatores quando for acessar as variações de temperatura e avaliar os desvios da situação normal.

Idade. Ao nascimento, o recém-nascido deixa um ambiente relativamente constante e aquecido e entra em outro onde a temperatura flutua amplamente. Seus mecanismos de controle da temperatura são imaturos. A temperatura no corpo de um bebê responde drasticamente às mudanças ambientais. Tome cuidados extras para proteger um recém-nascido das temperaturas do meio ambiente. As roupas devem ser adequadas e o bebê não deve ser exposto a temperaturas extremas. Um recém-nascido perde até 30% do calor corpóreo através da cabeça e por isso precisa usar um capuz para prevenir a perda de calor. Quando protegido dos extremos ambientais, a temperatura corporal de um recém-nascido usualmente fica entre 35,5°C e 37,5°C (95,9° e 99,5°F).

A regulação da temperatura é instável até a criança alcançar a puberdade. A variação normal de temperatura declina gradualmente conforme o indivíduo se aproxima da idade adulta. Um idoso apresenta uma variação mais estreita das temperaturas corporais do que uma pessoa adulta mais jovem. Temperaturas orais de 35°C (95°F) não são comuns para idosos quando o tempo está frio. Entretanto, neles a temperatura média corpórea é de aproximadamente 36°C (96,8°F). Idosos são particularmente sensíveis a temperaturas extremas devido à deteriorização de seus mecanismos de controle, principalmente um controle vasomotor fraco (controle da vasoconstricção e da vasodilatação), quantidades reduzidas de tecido subcutâneo, atividade da glândula sudorípara diminuída e queda do metabolismo.

Exercício. A atividade muscular requer um suprimento sanguíneo maior e uma quebra maior de carboidratos e de gordura. Qualquer forma de exercício aumenta o metabolismo e irá aumentar também a produção de calor, aumentando a temperatura corporal. Um exercício extenuante prolongado, como a corrida de longa distância, aumenta temporariamente a temperatura corpórea até 41°C (105,8°F).

Nível Hormonal. As mulheres geralmente sofrem flutuações maiores da temperatura corporal que os homens. Essas variações são causadas por variações hormonais que ocorrem durante o ciclo menstrual. Os níveis de progesterona sobem e descem cicличamente durante o ciclo menstrual. Quando os níveis de progesterona estão baixos, a temperatura corporal fica poucos décimos de grau abaixo do nível basal. A temperatura mais baixa persiste até que ocorra a ovulação. Durante a ovulação, quantidades maiores de progesterona entram na circulação sanguínea e elevam a temperatura corporal aos níveis basais ou a níveis mais altos. Essas variações de temperatura ajudam a prever o momento mais fértil e, portanto, mais propício para engravidar.

Mudanças na temperatura corporal também ocorrem nas mulheres durante a menopausa (fim permanente da menstruação). Mulheres que pararam de menstruar muitas vezes experimentam períodos de intenso aquecimento corpóreo e transpiração que duram de 30 segundos a 5 minutos. Durante esses períodos, ocorrem aumentos intermitentes da temperatura da pele de até 4°C (7,2°F), referidos como fogachos. Isso é devido à instabilidade dos controles vasomotores para vasodilatação e vasoconstricção.

Ritmo Circadiano. A temperatura do corpo normalmente sofre alterações de 0,5°C a 1°C (0,9° a 1,8°F) durante um período de 24 horas. Entretanto, a temperatura é um dos ritmos mais estáveis no corpo humano. A temperatura usualmente é menor entre 1 e 4 horas da madrugada (Fig. 32-2). Durante o dia, a temperatura aumenta regularmente, até alcançar um valor máximo em torno das 18 horas, e então declina aos níveis observados pela manhã. Os padrões de temperatura não são automaticamente revertidos nas pessoas que trabalham à noite e dormem durante o dia. Leva de 1 a 3 semanas para que o ciclo seja revertido. Em geral, o ritmo circadiano da temperatura não muda com a idade.

Estresse. O estresse físico e emocional aumenta a temperatura do corpo através da estimulação hormonal e neural. Essas alterações fisiológicas aumentam o metabolismo, o qual aumenta a produção de calor. O cliente que fica ansioso quando entra em um hospital ou vai ao serviço do prestador de cuidado da saúde muitas vezes apresenta uma temperatura acima do normal (Cap. 31).

Ambiente. O ambiente influencia a temperatura do corpo. Quando um cliente fica em um quarto aquecido, pode se tornar incapaz de regular a temperatura através de mecanismos de perda de calor, e a temperatura corpórea pode elevar-se. Se o cliente estava em um ambiente frio e sem agasalho, a temperatura do corpo pode baixar devido à extensiva perda de calor por irradiação e condução. As temperaturas ambientais afetam lactentes e idosos mais frequentemente porque seus mecanismos de regulação da temperatura são menos eficientes.

Alterações da Temperatura. Alterações na temperatura do corpo fora da variação usual afetam o ponto de ajuste hipotalâmico. Essas alterações estão relacionadas com o excesso de produção de calor, perda excessiva de calor, produção mínima de calor, perda mínima de calor ou qualquer combinação dessas alterações. A natureza das alterações afeta o tipo de problemas clínicos que um cliente pode ter.

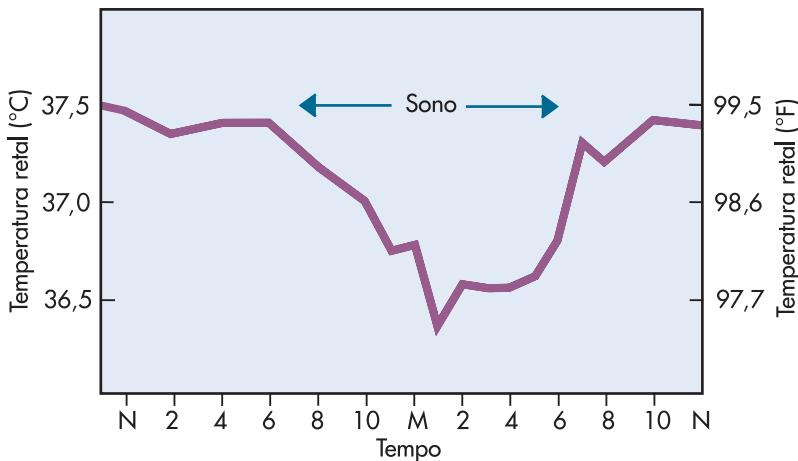


Figura 32-2 Ciclo de temperatura com 24 horas de duração.

Febre. A **pirexia** ou **febre** ocorre devido à incapacidade dos mecanismos de perda de calor de acompanhar o ritmo de uma produção excessiva de calor, resultando em um aumento anormal da temperatura corporal. Geralmente uma febre não é perigosa se permanece abaixo de 39°C (102,2°F), e uma única leitura da temperatura nem sempre indica febre. Além dos sinais físicos e sintomas de infecção, a determinação da ocorrência de uma febre baseia-se na tomada de várias leituras da temperatura em diferentes tempos ao longo do dia, e de sua comparação com o valor que essa pessoa usualmente apresenta neste momento.

Uma febre verdadeira resulta da alteração do ponto de ajuste hipotalâmico. **Pirógenos**, tais como bactérias e vírus, elevam a temperatura corporal. Os pirógenos atuam como antígenos, desencadeando respostas do sistema imune. O hipotálamo reage para aumentar o ponto de ajuste da temperatura, e o corpo responde produzindo e conservando calor. Passam-se várias horas antes que a temperatura do corpo atinja o novo valor. Durante esse período, a pessoa sofre calafrios, tremores e sente frio mesmo que a temperatura do corpo esteja subindo (Fig. 32-3). A fase de calafrios termina quando o novo ponto de ajuste, uma temperatura mais alta, é atingido. Durante a próxima fase, o platô, os calafrios diminuem e a pessoa se sente aquecida e seca. Se o novo ponto de ajuste hipotalâmico é “ultrapassado” ou os pirógenos são removidos (p.ex., a destruição das bactérias por antibióticos), ocorre a terceira fase do episódio **febril**. O ponto de ajuste hipotalâmico baixa, iniciando respostas de perda de calor. A pele torna-se aquecida e avermelhada por causa da vasodilação. A perda de calor por evaporação é auxiliada por uma diaforese. Quando a febre é abrandada, o cliente passa a ser **afebril**.

A febre é um importante mecanismo de defesa. Elevações moderadas da temperatura até 39°C (102,2°F) intensificam o sistema imune do organismo. A produção de leucócitos é estimulada durante o episódio febril. Uma temperatura aumentada reduz a concentração de ferro no plasma, suprimindo o crescimento de bactérias. A febre também luta contra as infecções vírais através da estimulação da produção de interferon, a molécula de combate a vírus natural do organismo.

Febres e padrões de febre servem para o diagnóstico. Os padrões de febre diferem dependendo do pirógeno (Quadro 32-4). O aumento ou a diminuição da atividade do pirógeno resulta em picos e declives de febre em diferentes momentos do dia. A duração e o grau da febre dependem da força do pirógeno e da capacidade do indivíduo de dar uma resposta. O termo **febre de origem desconhecida (FOD)** refere-se a uma febre cuja etiologia (causa) não pode ser determinada.

Durante uma febre, o metabolismo celular aumenta e o consumo de oxigênio se eleva. O metabolismo corporal aumenta 10% para cada grau Celsius de elevação de temperatura (Henker e Carlson, 2007). As frequências cardíaca e respiratória aumentam para atender às necessidades metabólicas de nutrientes do organismo. O metabolismo aumentado utiliza energia que produz calor adicional. Se um cliente tem um problema cardíaco ou respiratório, o estresse causado por uma febre é grande. Uma febre prolongada enfraquece o cliente pelo esgotamento de suas reservas energéticas. O aumento do metabolismo requer oxigênio extra. Se o organismo não pode atender à demanda de oxigênio adicional, ocorre hipoxia celular (oxigênio inadequado). A hipoxia do miocárdio causa angina (dor torácica). Uma hipoxia cerebral produz confusão. A terapia de oxigênio é uma das intervenções realizadas durante a febre. Quando há excesso de perda de água por aumento da respiração e por diaforese, o cliente corre risco de apresentar déficit do volume de fluidos. A desidratação é um problema grave para idosos e para crianças com baixo peso corporal. A manutenção de uma condição ótima de volume de fluidos é uma importante ação de enfermagem (Cap. 41).

Hipertermia. Uma temperatura corporal elevada relacionada com a incapacidade do organismo de promover perda de calor ou de reduzir sua produção é **hipertermia**. Enquanto a febre é um deslocamento superior do ponto de ajuste hipotalâmico, a hipertermia resulta de uma sobrecarga dos mecanismos que fazem a termorregulação no organismo. Qualquer doença ou trauma no hipotálamo prejudica os mecanismos de perda de calor. A **hipertermia maligna** é uma condição hereditária em que há produção incontrolada de calor, ocorrendo quando pessoas suscetíveis recebem certas drogas anestésicas.

Insolação. O calor deprime a função hipotalâmica. A exposição prolongada ao sol ou a temperaturas ambientais elevadas sobrepuja os mecanismos de perda de calor corporal. Essas condições causam **insolação**, uma emergência de aquecimento perigosa com uma elevada taxa de mortalidade. Entre os clientes que correm risco estão aqueles muito novos ou muito velhos, e aqueles que têm doença cardiovascular, hipotireoidismo, diabetes ou alcoolismo. Além desses casos, clientes que tomam medicamentos (p. ex., fenotiazinas, anticolinérgicos, diuréticos, anfetaminas e antagonistas do receptor β -adrenérgico) que diminuem a capacidade do corpo de promover perda de calor também correm risco, bem como aqueles que se exercitam ou trabalham de forma extenuante (p. ex., atletas, trabalhadores da construção civil e agricultores).

Dentre os sinais e sintomas de insolação encontram-se tontura, confusão, delírio, sede excessiva, náusea, cãibras musculares, distúrbios

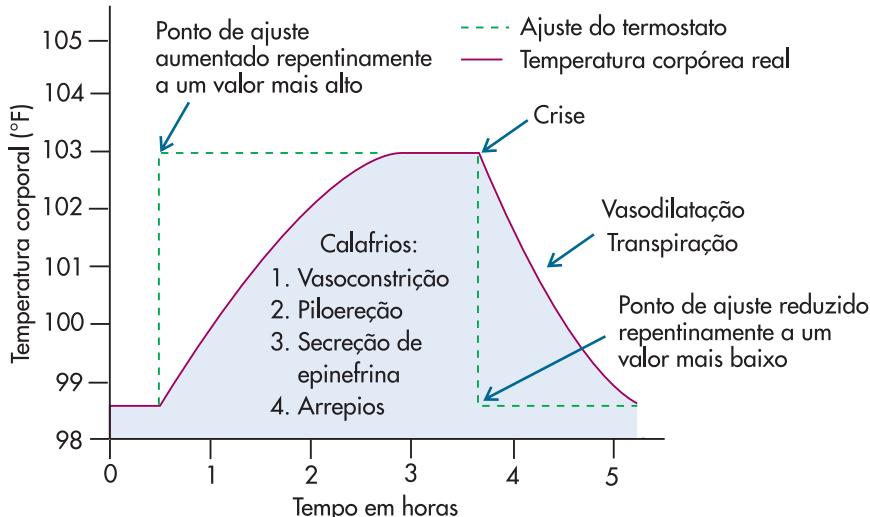


Figura 32-3 Efeito da alteração do ponto de ajuste no centro hipotalâmico de controle da temperatura durante uma febre. (Modificado de Guyton AC, Hall JE: *Textbook of medical physiology*, ed 10, Philadelphia, 2000, WB Saunders.)

QUADRO 32-4 Padrões de Febre

- Sustentada:** Uma temperatura corporal constante, continuamente acima de 38°C (100,4°F) e com pouca flutuação.
- Intermitente:** Picos de febre intercalados com temperatura em níveis usuais. A temperatura retorna a um valor aceitável pelo menos uma vez em 24 horas.
- Remitente:** Picos e quedas de febre sem retorno à temperatura normal.
- Recidivante:** Períodos de episódios febris e períodos com valores de temperatura aceitáveis. Períodos de episódios febris e períodos de normotermia muitas vezes duram mais de 24 horas.

bios visuais e até mesmo incontinência. Os sinais vitais revelam que às vezes a temperatura está elevada em torno dos 45°C (113°F) com um aumento na frequência cardíaca e diminuição da pressão arterial. O sinal de insolação mais importante é a pele quente e seca. Vítimas de insolação não suam devido à perda acentuada de eletrólitos e ao mau funcionamento do hipotálamo. Se a condição progride, o cliente com insolação perde a consciência e fica com as pupilas fixas e sem reação. O dano neurológico permanente ocorre, a menos que medidas de resfriamento sejam tomadas rapidamente.

Exaustão Térmica. A **exaustão térmica** ocorre quando uma diaforese abundante resulta em excesso de perda de água e de eletrólitos. Causada pela exposição ao calor do meio ambiente, o cliente exibe sinais e sintomas de déficit de volume de fluidos (Cap. 41). Os primeiros socorros incluem o transporte do cliente para um ambiente refrigerado e a reposição do balanço de líquidos e de eletrólitos.

Hipotermia. A perda de calor durante a exposição prolongada ao frio sobrepõe a capacidade do organismo de produzir calor, causando hipotermia. A **hipotermia** é classificada através de medições da temperatura central (Tabela 32-1). Algumas vezes isso não é intencional, como a queda no chão gelado de um lago congelado. Ocionalmente a hipotermia é intencionalmente induzida durante procedimentos cirúrgicos para reduzir a demanda metabólica e a necessidade de oxigênio do organismo.

TABELA 32-1 Classificação da Hipotermia

	C	F
Leve	34°-36°	93,2°-96,8°
Moderada	30°-34°	86,0°-93,2°
Acentuada	<30°	<86,0°

A hipotermia accidental usualmente se desenvolve de forma gradual e permanece despercebida por várias horas. Quando a temperatura da pele cai para 35°C (95°F), o cliente sofre tremores incontroláveis, perda de memória, depressão e capacidade de julgamento empobreceda. Conforme a temperatura do corpo cai abaixo de 34,4°C (94°F), a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a pressão arterial abaixam. A pele se torna cianótica. Se a hipotermia progride, o cliente passa por disritmias cardíacas, perda da consciência e ausência de resposta a estímulos dolorosos. Em casos de hipotermia grave, uma pessoa demonstra sinais clínicos semelhantes aos da morte (p.ex., falta de resposta a estímulos, pulso e respiração extremamente lentos). Quando você suspeita de hipotermia, é importante avaliar a temperatura central. Um termômetro especial de baixa leitura é necessário, uma vez que os dispositivos padrão não registram temperaturas abaixo de 35°C (95°F).

Ulcerões causadas por frio ocorrem quando o corpo é exposto a temperaturas inferiores à temperatura normal. Cristais de gelo se formam dentro das células e ocorrem danos circulatórios e teciduais permanentes. O lóbulo dos ouvidos, a ponta do nariz e os dedos das mãos e dos pés são áreas particularmente suscetíveis a esse tipo de ulceração. A área afetada se torna esbranquiçada, cerosa e firme ao toque, e o cliente perde a sensibilidade nesse local. Medidas de aquecimento, analgesia e proteção do local afetado são intervenções a serem executadas.

Processo de Enfermagem e Termorregulação

O conhecimento da fisiologia da regulação da temperatura corporal é essencial para acessar e avaliar a resposta do cliente a alterações da temperatura e realizar intervenções de forma segura. Você pode implantar medidas independentes para aumentar ou diminuir a perda

de calor, para promover a conservação de calor e para ter mais conforto. Estas medidas complementam os efeitos de terapias receitadas pelo médico durante a doença. Você também pode ensinar os familiares, pais de crianças ou outros responsáveis por um cliente a realizarem muitas medições.

Coleta de Dados

Locais. Existem muitos locais para medir a temperatura central e a temperatura superficial do corpo. Unidades de cuidado intensivo utilizam as temperaturas centrais da artéria pulmonar, esôfago e bexiga urinária. Estas medidas requerem o emprego de dispositivos invasivos que são colocados em cavidades do corpo ou órgãos e mostram leituras em um monitor eletrônico continuamente.

Obtenha medições da temperatura intermitentes a partir de sítios utilizados rotineiramente presentes na boca, reto, membrana timpânica, artéria temporal e axila. Você também pode utilizar aplicações não-invasivas de termômetros tratadas quimicamente na pele. Os sítios de temperatura oral, retal, axilar e dérmico contam com uma circulação sanguínea efetiva no local da medição. O calor do sangue é conduzido para a sonda do termômetro. A temperatura timpânica pode ser determinada através da irradiação do calor para um sensor infravermelho. Como a membrana timpânica compartilha o mesmo suprimento de sangue arterial que o hipotálamo, a temperatura timpânica é a temperatura central. Medições realizadas na artéria temporal detectam a temperatura da circulação sanguínea cutânea.

Para garantir leituras acuradas da temperatura, faça a medição de cada sítio adequadamente (Habilidade 32-1). A temperatura obtida varia, dependendo do sítio utilizado, mas usualmente está entre 36°C (96,8°F) e 38°C (100,4°F). As temperaturas retais geralmente são 0,5°C (0,9°F) mais elevadas que as temperaturas orais, e as axilares usualmente são 0,5°C (0,9°F) mais baixas que as temperaturas orais. Cada um dos sítios comuns de medição de temperatura tem vantagens e desvantagens (Quadro 32-5). Escolha o local mais seguro e acurado para o cliente. Quando possível, utilize o mesmo sítio para repetir as medidas, caso seja necessário.

Termômetros. Existem dois tipos de termômetros disponíveis para medir a temperatura corporal: eletrônico e descartável. Um terceiro tipo, o termômetro de mercúrio, já foi o dispositivo padrão encontrado no cenário clínico. Entretanto a maioria das municipalidades americanas proibiu a venda e a utilização de dispositivos médicos contendo mercúrio devido ao perigo potencial.

Cada dispositivo mede a temperatura utilizando uma escala **Celsius** ou **Fahrenheit**. Termômetros eletrônicos convertem as escalas de temperatura através da ativação de um conversor. Quando é necessário converter as leituras de temperatura, utilize as seguintes fórmulas:

1. Para converter Fahrenheit em Celsius, subtraia 32 do valor em Fahrenheit e multiplique o resultado por 5/9.

$$C = (F - 32^\circ) \times 5/9$$

Exemplo: $40^\circ\text{C} = (104^\circ\text{F} - 32^\circ\text{F}) \times 5/9$

2. Para converter Celsius em Fahrenheit, multiplique a leitura em Celsius por 9/5 e então some 32 ao produto.

$$F = (9/5 \times C) + 32^\circ$$

Exemplo: $104^\circ\text{F} = (9/5 \times 40^\circ\text{C}) + 32^\circ$

Termômetro Eletrônico. O termômetro eletrônico consiste em uma unidade com uma tela alimentada por bateria recarregável,

um cordão de arame fino e uma sonda processadora de temperatura com uma cobertura removível (Fig. 32-4). Sondas indestrutíveis podem ser encontradas disponíveis separadamente para uso oral e retal. Você também pode usar uma sonda oral para medir a temperatura axilar. Os termômetros eletrônicos fornecem dois modos de operação: 4 segundos para temperatura preditiva e 3 minutos para temperatura padrão. Em situações clínicas do dia-a-dia, a maioria das enfermeiras utiliza o modo preditivo de 4 segundos. Quando o pico de temperatura é medido, há uma sinalização sonora e aparece uma leitura na tela do termômetro.

Outra forma de termômetro eletrônico é utilizada exclusivamente para a temperatura timpânica. Um espéculo semelhante a um otoscópio com um sensor infravermelho na extremidade detecta o calor irradiado da membrana timpânica. Dentro de segundos após sua colocação no canal auricular, ocorre uma sinalização sonora e aparece uma leitura na tela do termômetro quando a temperatura máxima é medida.

Um novo tipo de termômetro eletrônico mede a temperatura da artéria temporal superficial. Um seletor eletrônico portátil com um sensor infravermelho na extremidade detecta a temperatura da circulação sanguínea na pele através de uma varredura da frente e da região atrás do ouvido com o sensor (Fig. 32-5). Após o término da varredura, aparece uma leitura na tela do termômetro. A temperatura da artéria temporal é uma medida segura e não-invasiva da temperatura central (Sidberry e outros, 2002) (Quadro 32-6).

As maiores vantagens dos termômetros eletrônicos são a rapidez da obtenção das leituras e a facilidade com que são lidas. O revestimento de plástico é indestrutível e ideal para crianças. O custo destes termômetros é sua maior desvantagem. A manutenção das sondas limpas é um fator importante. Se não for realizada uma limpeza adequada após a utilização por cada cliente, uma contaminação gastrintestinal da sonda retal causará a transmissão de doença. Limpe o termômetro com álcool diariamente e passe um cotonete embebido em álcool na sonda do termômetro após o uso em cada cliente. Preste atenção particular na parte principal da sonda, a qual possui arestas, onde a sonda se conecta a sua capa.

Termômetros de Ponto Químico. Termômetros de ponto químico descartáveis ou reutilizáveis (Fig. 32-6) são tiras finas de plástico com um sensor de temperatura em uma das extremidades. O sensor consiste em uma matriz de pontos quimicamente impregnados que mudam de cor conforme a temperatura. Na versão Celsius existem 50 pontos, cada um representando um incremento de temperatura de 0,1°C, em um intervalo que vai de 35,5°C a 40,4°C. A versão Fahrenheit tem 45 pontos com incrementos de temperatura de 0,2°F e um intervalo que vai de 96°F a 104,8°F. Os pontos químicos do termômetro mudam de cor para indicar a leitura da temperatura geralmente dentro de 60 segundos. A maioria destes termômetros é descartável.

Nos termômetros reutilizáveis de uma determinada marca para um único cliente, os pontos químicos retornam à cor original dentro de poucos segundos. Termômetros de pontos químicos usualmente são destinados para medida da temperatura oral. Você também pode usá-los nas axilas e no reto, com uma cobertura de plástico neste último local, com um tempo de colocação de 3 minutos. Estes termômetros são úteis para fazer a triagem de temperaturas, especialmente em bebês e crianças pequenas. Pesquisas também têm demonstrado a habilidade dos termômetros de pontos químicos para fazer a triagem de temperatura em clientes sob cuidados críticos com intubação oral (Potter e outros, 2003). Como estes termômetros muitas vezes subestimam a temperatura oral em 0,4°C ou mais, utilize termômetros eletrônicos para confirmar as medições feitas com o termômetro de pontos químicos caso tenha que decidir tratamentos (Potter e outros, 2003). Eles são úteis quando são utilizados em clientes sob cuidados

HABILIDADE 32-1**MEDINDO A TEMPERATURA DO CORPO****Considerações sobre a Delegação**

A habilidade de medir a temperatura pode ser delegada. A enfermeira é responsável por avaliar as alterações na temperatura corporal. A enfermeira instrui o pessoal auxiliar que irá fazer o procedimento a:

- Selecionar a via e o aparelho adequados para medir a temperatura.
- Tomar precauções adequadas quanto ao posicionamento adequado do cliente para a medida da temperatura retal.
- Considerar fatores específicos relacionados com o cliente que podem aumentar ou diminuir falsamente a temperatura.
- Obter a medida da temperatura com uma frequência ordenada.

PASSOS

1. Avaliar sinais e sintomas das alterações de temperatura e de fatores que influenciam a temperatura corporal.
2. Determinar qualquer atividade prévia que interfira na correta determinação da temperatura. Quando medir a temperatura por via oral, espere de 20 a 30 minutos antes de fazer a medição se o cliente fumou ou ingeriu líquidos ou comidas quentes ou frios.
3. Determinar o dispositivo e o local adequados para medir a temperatura do cliente.
4. Explicar a via pela qual a temperatura será medida e a importância de manter a posição correta até o término da leitura.
5. Cuidar da higiene das mãos.
6. Auxiliar o cliente para assumir uma posição confortável que permita um acesso fácil ao local de medição da temperatura.
7. Obter a leitura da temperatura.

A. Mensuração da temperatura oral com termômetro eletrônico

- (1) Usar luvas limpas (opcional)
- (2) Retirar o termômetro do recarregador. Acoplar a haste da sonda (ponta azul) ao termômetro. Apertar o topo da haste da sonda tomando cuidado para não pressionar o botão de ejeção.
- (3) Deslizar a capa de plástico removível da sonda através da haste, até que a capa fique travada no local (ver ilustração).



PASSO 7A(3) A cobertura plástica descartável é colocada sobre a sonda.

- Prestar atenção aos valores usuais do cliente.

- Relatar anormalidades para a enfermeira para maior avaliação.

Material

- Termômetro adequado.
- Lenço macio ou pano.
- Lubrificante (apenas para medição retal).
- Caneta, lápis, diagrama de fluxo ou formulário de registros dos sinais vitais.
- Luvas limpas, capa plástica para termômetros ou cobertura descartável para sondas.
- Toalha.

JUSTIFICATIVA

Sinais e sintomas físicos indicam temperatura anormal. Permitem que você avalie de forma acurada a natureza das variações. Fumar, respirar pela boca e ingestão oral resulta em leituras falsas da temperatura oral (Henker e Carlson, 2007).

A escolha deve ser feita com base nas vantagens e desvantagens de cada sítio (Quadro 32-5). Use termômetro descartável para cliente que esteja sob isolamento preventivo.

Muitas vezes os clientes ficam curiosos sobre as medições e precisam ser previdosos para não remover o termômetro prematuramente para ver o resultado.

Reduz a transmissão de microrganismos.

Garante conforto e uma leitura acurada da temperatura.

O uso de uma tampa para a sonda que você possa remover sem contato físico minimiza a necessidade de calçar luvas.

Manter carregando reabastece a bateria. O botão de ejeção libera a tampa plástica da haste da sonda.

Uma capa de plástico macia não irá quebrar dentro da boca do cliente e previne a transmissão de microrganismos entre clientes.

HABILIDADE 32-1**MEDINDO A TEMPERATURA DO CORPO—CONT.****PASSOS**

- (4) Pedir ao cliente para abrir a boca; então, gentilmente coloque o termômetro debaixo da língua na região sublingual posterior lateral até o centro da mandíbula inferior (ver ilustração).
- (5) Pedir ao cliente para segurar a sonda do termômetro com os lábios fechados.
- (6) Deixar a sonda do termômetro no lugar até que o sinal sonoro indique o final da medição e a leitura da temperatura apareça na tela; remover a sonda do termômetro debaixo da língua do cliente.
- (7) Apertar o botão de ejeção na haste da sonda do termômetro para descartar a capa de plástico da sonda em um recipiente adequado.
- (8) Voltar a haste da sonda do termômetro para a posição de armazenamento na unidade registradora.
- (9) Se as luvas foram danificadas, retire-as e descarte-as em um recipiente adequado. Faça a assepsia das mãos.
- (10) Recolocar o termômetro no recarregador.

B. Mensuração da temperatura retal com termômetro eletrônico

- (1) Puxar uma cortina ou biombo ao redor da cama e/ou fechar a porta do quarto. Ajudar o cliente a ficar deitado em posição de Sims. Afastar a roupa de cama para expor a somente a região anal. Manter a parte de cima e as extremidades do cliente cobertas com lençol ou cobertor.
- (2) Usar luvas limpas.
- (3) Remover o termômetro do recarregador. Acoplar a haste da sonda retal (extremidade vermelha) ao termômetro. Apertar o topo da haste da sonda tomando cuidado para não apertar o botão de ejeção.
- (4) Deslizar a capa de plástico da sonda pela haste até que a capa fique travada no lugar.
- (5) Colocar uma quantidade generosa de lubrificante em um lenço de papel. Mergulhar a parte terminal da capa da sonda no lubrificante, cobrindo 2,5 a 3,5 cm (1 a 1,5 polegada) para um adulto.
- (6) Com a mão não dominante, separar as nádegas para expor o ânus. Pedir ao cliente para respirar devagar e relaxar.

**PASSO 7A(4)** Sonda embaixo da língua na bolsa sublingual posterior.**JUSTIFICATIVA**

O calor das veias superficiais da bolsa sublingual irá gerar a leitura. Com o termômetro eletrônico, as temperaturas são mais elevadas nas bolsas sublinguais posteriores direita e esquerda do que na área frontal da língua.

Isto mantém o termômetro na posição correta durante a leitura da temperatura.

A sonda precisa ficar no lugar até tocar o sinal sonoro, para assegurar uma leitura acurada.

Reduz a transmissão de microrganismos.

A posição de armazenamento protege a haste da sonda. O retorno da haste da sonda faz com que a leitura digital desapareça automaticamente.

Reduz a transmissão de microrganismos.

Mantém a bateria carregada.

Mantém a privacidade do cliente, minimiza seu constrangimento e proporciona conforto. Exponha a área anal para a colocação correta do termômetro.

Mantém medidas padrão preventivas quando há exposição de objetos sólidos a fluidos biológicos (p.ex., fezes).

O carregamento repõe a carga da bateria. O botão de ejeção solta a capa de plástico da haste da sonda.

Uma capa de plástico macia previne a transmissão de microrganismos entre clientes.

A lubrificação minimiza o trauma da mucosa retal durante a inserção do termômetro. O uso de um lenço evita a contaminação do restante do lubrificante ainda existente na embalagem.

Expõe o ânus totalmente para inserir o termômetro. Relaxa o esfíncter anal para facilitar a inserção do termômetro.

**PASSO 7B(8)** Posição da sonda no ânus.

QUADRO 39-14**DIRETRIZES DE PROCEDIMENTOS****Aplicação de Xampu nos Cabelos do Cliente Acamado**

Considerações sobre Delegação: O procedimento de lavagem dos cabelos pode ser delegada. A enfermeira instrui os auxiliares/técnicos de enfermagem:

- Sobre quaisquer precauções necessárias no posicionamento do cliente
- Para informar à enfermeira quando o cliente relata dor no pescoço
- Para informar a enfermeira de qualquer lesão cutânea nova

Material: Escova, pente, cuba de xampu, condicionador (*opcional*), peróxido de hidrogênio (*opcional*), toalhas (duas ou mais), secador de cabelos, cuba com água morna.

1. Antes de lavar o cabelo do cliente, determine se não existem contra-indicações para este procedimento. Determinadas condições médicas, como as lesões de cabeça e pescoço, lesões raquimedulares e artrite, colocam o cliente em risco para lesão durante a lavagem do cabelo por causa do posicionamento e da manipulação da cabeça e pescoço do cliente.
2. Calce luvas quando necessário. Inspecione os cabelos e o couro cabeludo antes de iniciar o procedimento. Isto determina a presença de quaisquer condições que requerem o uso de xampus ou tratamentos especiais (p.ex., para a caspa ou para a remoção de sangue seco).
3. Coloque o oleado impermeável sob os ombros, pescoço e cabeça do cliente (ver ilustração). Posicione o cliente em decúbito dorsal, com a cabeça e os ombros na borda superior do leito. Coloque a bacia de plástico sob a cabeça do cliente e a bacia de banho ao final do tubo de drenagem. Certifique-se de que o tubo de drenagem vai além da borda do colchão.
4. Coloque a toalha enrolada sob o pescoço do cliente e a toalha de banho sobre os ombros do cliente.



PASSO 3 Coloque uma toalha sob os ombros, pescoço e cabeça.

5. Escove e penteie os cabelos do cliente
6. Obtenha água morna.
7. Ofereça ao cliente a opção de segurar a toalha de rosto ou a compressa sobre os olhos.
8. Derrame lentamente a água da jarra de água sobre o cabelo até que ele esteja totalmente molhado (ver ilustração). Quando o cabelo estiver com sangue emaranhado, calce as luvas, aplique o peróxido para dissolver os coágulos e em seguida enxágue com soro fisiológico. Aplique uma pequena quantidade de xampu.
9. Esfregue com ambas as mãos para fazer espuma. Comece na linha de implantação do cabelo e trabalhe no sentido da nuca. Levante um pouco a cabeça com uma das mãos para lavar a nuca. Aplique xampu nos dois lados da cabeça. Massageie o couro cabeludo ao aplicar pressão com as pontas dos dedos.
10. Enxágue os cabelos com água. Certifique-se de que a água drena para dentro da bacia. Repita o enxágue até que o cabelo esteja livre de sabão.
11. Aplique o condicionador ou creme rinse quando solicitado e enxágue os cabelos por completo.
12. Enrole a toalha de banho na cabeça do cliente. Seque a face do cliente com a compressa empregada para proteger os olhos. Seque qualquer umidade ao longo do pescoço ou dos ombros.
13. Seque os cabelos e o couro cabeludo do cliente. Use a segunda toalha quando a primeira ficar encharcada.
14. Penteie os cabelos para remover os emaranhados e seque com secador, quando desejado.
15. Aplique uma solução de óleo ou o condicionador no cabelo, quando desejado pelo cliente.
16. Ajude o cliente a adotar uma posição confortável e complete o penteado dos cabelos.



PASSO 8 Derrame água sobre os cabelos.

escovar seções menores de cabelos. A escovação a partir do couro cabeludo no sentido das extremidades dos cabelos minimiza a tração. Molhar os cabelos com água ou álcool libera os emaranhados, facilitando o penteado. Nunca corte os cabelos de um cliente sem o consentimento por escrito.

Os clientes que desenvolvem piolhos da cabeça precisam de considerações especiais sobre a maneira pela qual se realiza o penteado. Os piolhos são pequenos, aproximadamente do tamanho de semente de gergelim. A luz intensa ou a luz solar natural é necessária para que

você veja o piolho. O penteado completo é recomendado e, com frequência, é mais efetivo que o uso de xampus pediculicidas, os quais são, com frequência, tóxicos e ineficazes contra os piolhos resistentes. Siga estas etapas:

- Vista amental e luvas descartáveis.
- Use um pente ou escova de cabelos para remover os emaranhados.
- Divida os cabelos do cliente em partes e prenda o cabelo que não está sendo penteados.
- Penteie desde o couro cabeludo até a ponta do cabelo (pentes especiais estão disponíveis nas farmácias).
- Mergulhe o pente em um copo de água ou use uma toalha de papel para remover os piolhos após cada passagem.
- Depois de pentear, olhe cuidadosamente através dos cabelos para os piolhos presos.
- Você pode pegar os piolhos vivos com uma pinça ou com o pente.
- Vá para a próxima seção dos cabelos depois de pentear por completo aquela seção.
- Oriente a família a limpar o pente com uma escova de dentes antiga e fio dental, além de ferver o pente (quando possível). O ideal é descartar o pente depois de cada utilização, mas a situação financeira de alguns clientes impede a compra de múltiplos pentes.
- Oriente a família a pentear e pesquisar piolhos diariamente.
- Oriente a família a separar as roupas do cliente e a lavá-las em água quente.
- Oriente a família a passar aspirador na casa e no quarto do cliente, e a esvaziar imediatamente o saco coletor do aspirador ou similar.
- Oriente os cuidadores sobre como evitar a transmissão de piolhos:
 - Não compartilhar quaisquer roupas de cama.
 - Evitar colocar as mãos sem luvas na cabeça do cliente.
 - Lavar imediatamente as mãos depois de realizar os cuidados dos cabelos.
 - Guardar todos os produtos de cuidados de cabelos.

Quando se prescreve um xampu pediculicida, oriente o cliente e o cuidador sobre o uso adequado do xampu. Estes xampus possuem efeitos colaterais neurológicos. As crianças e os idosos apresentam suscetibilidade aumentada aos efeitos tóxicos de convulsão, tonteira, cefaleia, parestesia e morte. Nunca use este tipo de medicamento em clientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), aqueles com condições neurológicas, no neonato ou nos clientes que pesem menos de 52 quilos (Zurlinden, 2003). Da mesma forma que com qualquer preparação medicamentosa, é importante rever e compreender as informações pertinentes. Muitos efeitos colaterais associados aos xampus pediculicidas ocorreram em consequência da aplicação excessiva de xampu medicamentoso, da permanência do xampu no couro cabeludo por muito tempo ou da repetição exagerada da aplicação do xampu. Muitos clientes foram tratados em excesso porque eles acreditavam, de modo incorreto, que o prurido continuado significava que os piolhos sobreviveram ao tratamento inicial. Eles não sabiam que o prurido era um efeito colateral comum do xampu (Zurlinden, 2003).

Aplicação de Xampu. A frequência da aplicação de xampu depende da rotina diária de uma pessoa e da condição dos cabelos. Lembre os clientes em hospitais ou em instituições de cuidados estendidos que ficar no leito, o excesso de sudorese ou os tratamentos que deixam sangue ou soluções nos cabelos exigem a aplicação de xampu com maior frequência. Na maioria das instituições, a prescrição médica é necessária para a aplicação de xampu no cliente dependente. Para clientes dependentes ou nos clientes com mobilidade limitada em casa, é desafiador encontrar maneiras para aplicar xampu nos cabelos sem provocar lesão.

Quando o cliente é capaz de tomar um banho de chuveiro ou de banheira, comumente ele é capaz de aplicar o xampu nos cabelos sem

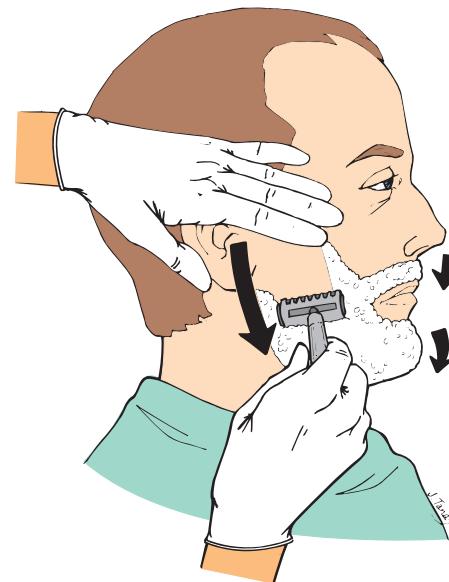


Figura 39-8 Barbeie na direção do crescimento do pelo. Use movimentos mais longos nas áreas maiores da face. Use movimentos curtos ao redor do queixo e dos lábios. (De Sorrentino SA: *Assisting with patient care*, St. Louis, 2003, Mosby.)

dificuldade. Uma cadeira de chuveiro ou banheira é útil para o cliente que deambula e sustenta o peso, quando fica cansado ou desmaia. As mangueirinhas de chuveiro manuais permitem que os clientes lavem seus cabelos com facilidade na banheira ou no chuveiro. Permite-se que alguns clientes sentem em uma cadeira e lavem os cabelos com xampu em uma pia ou sobre uma bacia. No entanto, a curvatura é limitada ou está contraindicada em determinadas condições (p.ex., cirurgia ocular ou lesão cervical). Nestas situações, ensine o cliente e a família o grau de curvatura permitido.

Quando um cliente é incapaz de sentar, mas pode ser movido, transfira-o para uma maca de transporte até uma pia ou chuveiro equipado com uma mangueirinha manual. As instituições de cuidados prolongados são comumente dotadas desta opção. Mais uma vez, é necessário cuidado quando a cabeça e o pescoço do cliente são posicionados, em particular nos clientes com qualquer forma de lesão craniana e cervical.

Quando o cliente é incapaz de sentar em uma cadeira ou de ser transferido para uma maca, aplique o xampu nos cabelos com o cliente no leito (Quadro 39-14). Posicione uma cuba para xampu especial embaixo da cabeça do cliente para captar a água e espuma. Depois de aplicar xampu, os clientes gostam de ter seus cabelos secos e penteados. Muitos serviços de saúde têm secadores de cabelos portáteis. Os xampus a seco que reduzem a necessidade de molhar os cabelos do cliente também estão disponíveis, mas não são altamente efetivos. Estas preparações de xampus a seco variam de tal forma que se deve seguir com exatidão os procedimentos de aplicação listados no frasco.

Barbear-se. Raspe a barba depois do banho ou da aplicação de xampu. Com frequência, as mulheres preferem raspar as pernas ou axilas enquanto tomam banho. Quando auxiliar um cliente, tome o cuidado de evitar cortá-lo com a lâmina de barbear. Os clientes propensos ao sangramento (p.ex., aqueles que recebem anticoagulantes ou altas doses de aspirina ou aqueles com contagens de plaquetas baixas) precisam usar um barbeador elétrico. Antes de utilizar um barbeador elétrico, verifique se há fios desencapados ou outros riscos elétricos. Use barbeadores elétricos apenas em um cliente por causa das considerações de controle de infecção.

QUADRO 39-15**EDUCAÇÃO EM SAÚDE****Cuidado com a Lente de Contato****Objetivos**

- O cliente será capaz de identificar os sinais de alerta da irritação corneal e infecção ocular.
- O cliente será capaz de limpar e cuidar corretamente das lentes de contato.

**Estratégias de Ensino**

- Incentive o cliente a procurar um especialista em visão (**oftalmologista** ou **optometrista**) com regularidade: a cada 3 a 5 anos antes de 40 anos, a cada 2 anos depois de 40 anos de idade e anualmente depois de 65 anos de idade.
- As lentes plásticas arranhão com facilidade. Recomendam-se soluções de limpeza especiais e tecidos de secagem.
 - Não use a unha para remover sujeira ou resíduos nas lentes.
 - Não use água corrente para limpar as lentes.
 - Siga as recomendações do fabricante da lente ou do oftalmologista quando inserir, limpar e desinfetar lentes.
 - Mantenha as lentes úmidas ou molhadas quando não usadas.
 - Use solução nova diariamente quando guardar e desinfetar as lentes.
 - Diariamente, lave e enxágue por completo o estojo das lentes. Limpe periodicamente com sabão ou detergente líquido, enxágue totalmente com água morna e seque ao ar livre.
- Incentive o cliente a lembrar-se do processo mnemônico RSVD: Rubor, Sensibilidade, problemas de Visão e Dor. Se ocorrer um destes problemas, remova imediatamente as lentes de contato. Se os problemas continuarem, contate um oftalmologista (Lewis e outros, 2007).
- Se a lente cair sobre uma superfície rígida, umedeça o dedo com a solução de limpeza ou de hidratação e toque gentilmente na lente para pegá-la. Em seguida, limpe, enxágue e desinfete a lente.
- Para evitar a mistura, sempre comece com a mesma lente quando remover ou aplicar as lentes.
- Jogue fora as lentes descartáveis ou de substituição planejada depois do período de uso prescrito.

Evolução

- Peça ao cliente para dizer os sinais de alerta de irritação da córnea e de infecção ocular.
- Peça ao cliente para descrever os métodos de cuidados com a lente de contato que causam infecção.
- Peça ao cliente para demonstrar a limpeza e armazenamento das lentes de contato.

Quando usar uma lâmina de barbear para raspar, a pele deve estar amolecida para evitar repuxos, arranhaduras ou cortes. Por exemplo, colocar uma compressa quente sobre a face do cliente de sexo masculino durante alguns segundos, seguido pela aplicação do creme de barbear ou uma camada de sabão neutro, amolece a pele. Quando o cliente é incapaz de se barbear, a enfermeira raspa a barba do cliente. Para evitar gerar desconforto ou cortes com o barbeador, mantenha gentilmente a pele tensa e use movimentos firmes e longos com o barbeador na direção do crescimento do pelo (Fig. 39-8). Movimentos curtos e para baixo agem melhor para remover os pelos sobre o lábio superior ou queixo. Comumente, um cliente explica a melhor maneira para mover o barbeador sobre a pele. No caso de afro-americanos, os pelos da barba tendem a ser encaracolados e se tornam encravados a menos que sejam raspados próximo à pele.

Cuidados com o Bigode e Barba. Clientes com bigodes ou barbas requerem arrumação diária. É importante manter estas áreas limpas porque as partículas de alimento e muco se coletam com facilidade

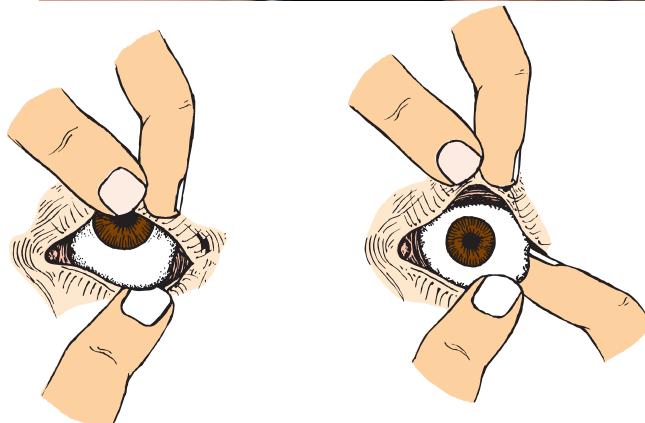
**A****B**

Figura 39-9 Remoção da prótese ocular.

no pelo. Quando o cliente é incapaz de realizar o autocuidado, faça isto mediante a solicitação dele. Penteie suavemente a barba. Você pode aparar uma barba ou bigode desarrumado ou volumoso. Não retire o bigode ou barba de um cliente sem o seu consentimento.

Cuidado dos Cabelos e Couro Cabeludo. Para melhor promover e restaurar a saúde dos cabelos e do couro cabeludo, instrua os clientes a manter os cabelos regularmente limpos, penteados e escovados. Os clientes também precisam saber como pesquisar parasitas e removê-los, como os piolhos (Tabela 39-4). Diga aos clientes que eles precisam notificar o médico sobre as mudanças na textura e distribuição dos pelos, o que indica um problema sistêmico grave.

Cuidado dos Olhos, Ouvidos e Nariz. Dê atenção especial para a limpeza dos olhos, ouvidos e nariz durante um banho rotineiro e quando a drenagem ou secreção se acumula. Este aspecto da higiene não apenas faz com que o cliente se sinta mais confortável, como também melhora a recepção sensorial (Cap. 49). O cuidado focaliza-se na prevenção da infecção e na manutenção da função sensorial normal. Além disto, o cuidado dos olhos, ouvidos e nariz requer abordagens que considerem as necessidades especiais do cliente.

Cuidado Ocular Básico. Limpar apenas os olhos envolve lavar com uma toalha de rosto limpa umedecida em água. O sabão causa queimação e irritação (Habilidade 39-1). Nunca aplique pressão direta sobre o globo ocular porque isto causa lesão grave.

Com frequência, clientes inconscientes requerem cuidado ocular mais frequente. Quando limpar os olhos do cliente, obtenha uma compressa limpa e limpe do canto interno para o externo. Use uma parte diferente da compressa para cada olho.

As secreções coletam-se ao longo das margens palpebrais e no canto interno, quando o reflexo de piscar está ausente ou quando o olho não se fecha por completo. Com frequência, é necessário colocar um tampão

ocular sobre o olho afetado ou usar uma fita adesiva de papel para fechar o olho, de modo a evitar o ressecamento e a irritação da córnea. Administre colírios lubrificantes de acordo com a prescrição da médica.

Óculos. Os óculos são feitos com vidro ou plástico endurecido, os quais são resistentes ao impacto para evitar estilhaçar. Contudo, por causa do custo, tenha cuidado quando limpar os óculos e proteja-os de quebra ou outro dano quando eles não estão sendo usados. Coloque os óculos em um estojo em uma gaveta da mesinha de cabeceira quando não estiverem em uso.

A água fria é suficiente para limpar as lentes dos óculos. É melhor usar um tecido macio para secar, a fim de evitar arranhar as lentes. Toalhas de papel arranhão a lente. As lentes de plástico em particular são arranhadas com facilidade, e estão disponíveis soluções de limpeza especiais e tecidos para a secagem. Use aquilo que for recomendado pelo especialista em cuidados oculares do cliente.

Lentes de Contato. Uma lente de contato é um disco pequeno, arredondado, transparente e, por vezes, colorido, que se adapta diretamente sobre a córnea do olho. As lentes de contato são especificamente idealizadas para corrigir os erros de refração do olho ou anormalidades no formato da córnea. Elas são de aplicação e remoção relativamente fáceis.

As lentes de contato estão disponíveis para uso diário, uso estendido e descartáveis. Em relação ao cuidado de higiene de um cliente, é importante saber que todas as lentes de contato devem ser periodicamente removidas para evitar a infecção ocular e as abrasões ou úlceras de córnea. Os agentes infeciosos comuns são a *Pseudomonas aeruginosa* e os estafilococos. A educação do cliente também inclui uma discussão sobre a técnica no cuidado apropriado às lentes (Quadro 39-15).

Uso Diário. Estas lentes são removidas à noite para a limpeza e desinfecção, sendo substituídas em um esquema individualizado.

Uso Estendido. Estas lentes são usadas durante a noite, porém são removidas pelo menos uma vez por semana para a limpeza e desinfecção.

Uso Descartável. Estas lentes são removidas à noite e substituídas em uma base diária, semanal ou mensal (American Academy of Ophthalmology, 2005). Dor, lacrimejamento, desconforto e rubor das conjuntivas constituem sintomas do uso excessivo da lente. A persistência dos sintomas mesmo depois da remoção da lente é, no entanto, anormal e indica lesão ocular grave.

As lentes de contato acumulam secreções e material estranho. Este material deteriora e, em seguida, irrita o olho, causando visão distorcida e risco para infecção. Uma vez removidas, limpe as lentes de contato e as desinfete por completo. Advirta os clientes para nunca usarem saliva, soro fisiológico feito em casa ou água corrente quando limpar as lentes, pois estas soluções contêm microrganismos que provocam infecção grave.

Olhos Artificiais. Os clientes com olhos artificiais passaram por uma **enucleação** de todo o globo ocular em consequência de crescimento tumoral, infecção grave ou trauma ocular. Alguns olhos artificiais são implantados de forma permanente. Remova os outros para a limpeza rotineira. Os clientes com olhos artificiais comumente preferem cuidar de seus próprios olhos. Respeite a vontade do cliente e ajude a reunir o material necessário.

Por vezes, os clientes precisam de assistência na remoção e limpeza da prótese. Para remover um olho artificial, retraia a pálpebra inferior e exerça uma leve pressão exatamente abaixo do olho (Fig. 39-9). Esta ação faz com que o olho artificial se eleve da órbita, porque foi rompido o vácuo que mantém o olho na posição. Você também pode utilizar uma pequena seringa com bulbo de borracha ou bulbo de conta-gotas de remédio para criar um efeito de sucção. A sucção criada ao se colocar a extremidade do bulbo diretamente sobre o olho e apertando-o eleva o olho da órbita.

Em geral, o olho artificial é feito de vidro ou plástico. O soro fisiológico aquecido limpa efetivamente a prótese. Também limpe as



A



B



C

Figura 39-10 Três tipos comuns de aparelhos auditivos. **A**, inserção total no canal. **B**, Na orelha. **C**, Atrás da orelha.

bordas da órbita e os tecidos adjacentes com gaze macia umedecida em soro fisiológico ou em água corrente limpa. Relate os sinais de infecção imediatamente porque as bactérias podem espalhar-se para o olho vizinho, seios paranasais subjacentes ou, até mesmo, para o tecido cerebral subjacente. Para reinserir o olho, retraia as pálpebras superior e inferior e deslize suavemente o olho para dentro da órbita, adaptando-o adequadamente sob a pálpebra superior. Guarde o olho artificial em um recipiente rotulado, cheio de água corrente ou soro fisiológico.

Cuidado Com o Ouvido. O cuidado rotineiro do ouvido envolve limpá-lo com a extremidade de uma compressa umedecida, movimentada com delicadeza no canal auditivo. Quando o cerume está visível, a retração suave para baixo na entrada do canal auditivo faz com que a cera amoleça e deslize para fora. Oriente os clientes a nunca usar objetos pontiagudos como grampos de cabelo ou cliques de papel para remover a cera. O uso destes objetos traumatiza o canal auditivo e rompe a membrana timpânica. Também evite usar cotonetes, porque eles fazem com que a cera fique compactada dentro do canal.

QUADRO 39-16 Cuidado e Uso de Aparelhos Auditivos

- A princípio, use um aparelho auditivo por 15 a 20 minutos; depois, aumente gradualmente o tempo até 10 a 12 horas.
- Uma vez inserido, ligue lentamente o aparelho até um terço à metade do volume.
- Um som de assobio indica a inserção incorreta do molde auditivo, adaptação inadequada do aparelho e acúmulo de cerume ou líquido no ouvido.
- Ajuste o volume em um nível confortável para a conversa à distância de 1 metro.
- Não use o aparelho sob lâmpadas térmicas ou secador de cabelo ou no tempo frio e muito úmido.
- As baterias duram 1 semana com o uso diário de 10 a 12 horas.
- Remova ou desconecte a bateria quando não estiver em uso.
- Substitua os moldes auditivos a cada 2 ou 3 anos.
- Examine rotineiramente o compartimento da bateria: Está limpo? As baterias estão inseridas da maneira adequada? O compartimento está totalmente fechado?
- Certifique-se de que os controles no aparelho auditivo estão limpos e são fáceis de rodar, não criando estática durante o ajuste.
- Mantenha o aparelho limpo. Veja as instruções do fabricante, mas os aparelhos comumente são limpos com um tecido macio.
- Evite o uso de laquê e perfume enquanto utilizar o aparelho auditivo, pois o resíduo do spray faz com que o aparelho fique oleoso e gorduroso.
- Não coloque o aparelho submerso em água.
- Examine rotineiramente o fio ou tubo (dependendo do tipo de aparelho) para rachadura, lacerações e conexões ruins.
- Recomenda-se o acompanhamento rotineiro com o audiologista para avaliar a eficácia do aparelho atual.
- É fácil ajustar as frequências nos aparelhos auditivos computadorizados mais modernos.

Dados de Ebersole P, Hess P: *Toward healthy aging*, ed 6, St. Louis, 2004, Mosby; Meiner S, Lueckenotte AG: *Gerontologic nursing*, ed 3, St. Louis, 2006, Mosby; e National Institute on Deafness and Other Communication Disorders: *Hearing aids*, Pub No. 99-4340, Bethesda, Md, 2001, National Institutes of Health, www.nidcd.nih.gov/health/hearing/hearingaid.asp.

As crianças e os idosos comumente apresentam cerume impactado. Em geral, você pode remover o cerume excessivo ou impactado apenas com a irrigação, o que comumente requer a prescrição médica. Quando um cliente possui uma história de tímpano perfurado ou quando você descobre a perfuração durante o exame, o procedimento está contraindicado. Antes da irrigação, instile em primeiro lugar três gotas de glicerina na hora de dormir para amolecer a cera e três gotas de peróxido de hidrogênio, duas vezes ao dia, para desimpactar a cera. Em seguida, a instilação de aproximadamente 250 mL de água morna (37°C) dentro do canal auditivo irá retirar mecanicamente a cera amolecida. A água fria ou quente provoca náusea ou vômito.

Faça com que o cliente sente ou deite em decúbito lateral com o ouvido afetado para cima. Coloque uma pequena cuba curva sob o ouvido afetado para capturar a solução de irrigação. Use um Water Pik (coloque no número 2) ou uma seringa de irrigação de bulbo para irrigar o canal auditivo. Certifique-se de que a extremidade da seringa ou do Water Pik não oclui o canal, de modo a evitar fazer pressão na membrana timpânica. A irrigação suave dirigida para o ápice do canal destaca o cerume das regiões laterais do canal. Depois que o canal estiver limpo, seque qualquer umidade do ouvido e inspecione o canal para o cerume remanescente.

Cuidado com o Aparelho Auditivo. Os aparelhos auditivos são instrumentos constituídos de partes miniaturizadas que agem em conjunto como um sistema para amplificar o som de uma maneira con-

trolada. O aparelho recebe os estímulos sonoros de baixa intensidade normais e os libera para o ouvido do cliente como débitos mais altos. A nova classe de aparelhos auditivos reduz a interferência de ruído ambiente. Os chips de computador colocados no aparelho permitem os ajustes finos para as necessidades auditivas específicas do cliente. As pessoas com dificuldade auditiva (perda leve ou moderada da audição) e surdas (perda de audição grave ou prolongada) usam aparelhos auditivos.

Existem três tipos populares de aparelhos auditivos. Um aparelho intracanal (ITC) (Fig. 39-10, A) é o mais moderno, menor e menos visível, adaptando-se integralmente no canal auditivo. Ele tem um apelo cosmético, é fácil de manipular e de colocar no ouvido, não interfere com o uso de óculos ou com o uso do telefone e o cliente pode usá-lo durante a maior parte do exercício físico. No entanto, ele requer o diâmetro e a profundidade adequados do ouvido para sua adaptação correta. Ele não acomoda a perda auditiva progressiva e exige destreza manual para sua operação, inserção, remoção e troca de baterias. Da mesma forma, o cerume tende a tamponar este modelo mais que os outros.

Um aparelho no ouvido (ITA ou intra-aural) (Fig. 39-10, B) adapta-se dentro do canal auditivo externo e permite o ajuste mais fino. É mais poderoso e mais forte, sendo, portanto, útil para uma gama maior de perda da audição que o aparelho ITC. É de fácil posicionamento e ajuste, não interferindo com o uso de óculos. No entanto, é mais perceptível que o aparelho ITC e não é para pessoas com problemas de umidade ou de pele no canal auditivo.

Um aparelho posterior à orelha (PA) (Fig. 39-10, C) encaixa-se ao redor e atrás da orelha, estando conectado por um tubo de plástico oco, fino e transparente a um molde de ouvido inserido dentro do canal auditivo externo. Ele permite o ajuste fino. É o maior dos três aparelhos e é útil para clientes com perda auditiva rapidamente progressiva ou com dificuldades de destreza manual ou para aqueles que acham intolerável a oclusão parcial do ouvido. As desvantagens são que ele é mais visível e interfere com o uso de óculos e com o uso do telefone, sendo mais difícil de manter na posição durante o exercício físico. O Quadro 39-16 revê as diretrizes de educação do cliente para o cuidado e limpeza de um aparelho auditivo.

Cuidado Nasal. Em geral, o cliente remove as secreções do nariz ao assoar gentilmente em um lenço. Advirta o cliente para não assoar com força, pois cria pressão capaz de lesionar o tímpano, mucosa nasal e, até mesmo, as estruturas oculares sensíveis. O sangramento nasal é um sinal de assoar forte.

Quando o cliente é incapaz de remover as secreções nasais, assista usando uma compressa molhada ou um cotonete umedecido em água ou soro fisiológico. Nunca introduza o cotonete além do comprimento da extremidade com algodão. Você pode remover as secreções nasais excessivas através da aspiração suave.

Quando os clientes têm sondas nasogástricas, de alimentação ou orotraqueais inseridas através do nariz, troque a fita adesiva de fixação do tubo pelo menos uma vez ao dia. Quando a fita adesiva fica umedecida pelas secreções nasais, a pele e a mucosa são facilmente maceradas. O atrito a partir de um tubo provoca a esfacelção tecidual. Depois de remover cuidadosamente a fita adesiva, mantenha seguro o tubo, limpe e seque por completo a superfície nasal.

Ambiente do Quarto do Cliente. Tentar tornar o quarto do cliente tão confortável quanto a casa é uma das prioridades da enfermeira. O quarto do cliente precisa ser confortável, seguro e suficientemente grande para permitir que o cliente e os visitantes se movimentem livremente. Controle a temperatura, a ventilação, o ruído e os odores do quarto para criar um ambiente mais confortável. Manter o quarto arrumado e ordenado também contribui para a sensação de bem-estar do cliente.

Manutenção de Conforto. O que torna um ambiente confortável depende da idade, gravidez da doença e nível de atividade diária normal do cliente. Dependendo da idade e da condição física

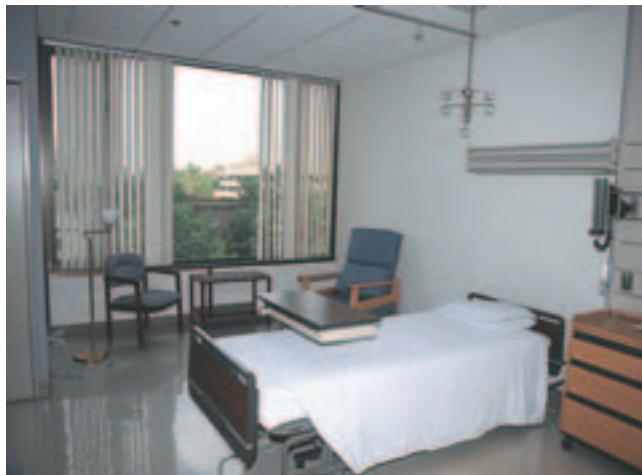


Figura 39-11 Quarto de hospital típico.

do cliente, mantenha a temperatura ambiente entre 20° e 23°C. Lactentes, idosos e a pessoa agudamente doente frequentemente precisam de um ambiente mais aquecido. No entanto, clientes doentes beneficiam-se de temperaturas ambientais mais frias para diminuir as demandas metabólicas do corpo.

Um bom sistema de ventilação impede que o ar mofado e odores permaneçam no ambiente. Proteja a pessoa agudamente doente, os lactentes e os idosos contra correntes de ar ao garantir que eles estão adequadamente vestidos e cobertos com um lençol leve.

A boa ventilação também reduz os odores desagradáveis causados por feridas com drenagem, vômito, defecações e urinários cheios. Sempre esvazie e enxágue as cadeiras higiênicas, comadres e urinários de imediato. Os desodorizadores de ambiente ajudam a remover muitos odores desagradáveis, mas use-os com discrição em consideração ao possível constrangimento do cliente. Antes de usar desodorizadores de ambiente, verifique se o cliente não é alérgico ou sensível ao próprio desodorizante. As medidas de higiene completas constituem a melhor maneira para controlar os odores corporais ou da respiração. Muitas instituições de saúde atualmente proíbem o fumo.

A iluminação adequada é necessária para a segurança e conforto de qualquer pessoa. Um quarto intensamente iluminado é, em geral, estimulante, mas um quarto escurecido é melhor para o repouso e sono. Ajuste a iluminação do quarto ao fechar ou abrir as cortinas, regular as lâmpadas de chão e sobre o leito, e ao fechar ou abrir as portas do quarto. Quando entrar no quarto de um cliente à noite, abstenha-se de ligar abruptamente uma luz de teto, exceto quando necessário.

Mobiliário do Quarto. Embora existam variações através dos ambientes de saúde, um quarto hospitalar típico contém as seguintes peças de mobília básicas: mesa de cabeceira, mesa de refeição, cadeiras, lâmpada e leito (Fig. 39-11). As instituições de cuidados de prolongados e de reabilitação frequentemente apresentam equipamentos similares. Você pode ajustar a mesa de refeição com rodízios, em alturas variadas sobre o leito ou sobre uma cadeira. A mesa propicia o local de trabalho ideal para realizar procedimentos. Ela também fornece uma superfície sobre a qual se colocam bandejas de refeições, artigos de toalete e objetos frequentemente usados pelo cliente. Não coloque a comadre ou o urinol sobre a mesinha. A mesa de cabeceira é para guardar os pertences pessoais do cliente e o equipamento de higiene. O telefone, a jarra de água e o copo geralmente ficam sobre a mesa de cabeceira.

Muitos quartos de hospital contêm uma cadeira de costas retas e sem braços ou uma poltrona reclinável acolchoada com braços. As cadeiras de costas retas são convenientes quando se transfere temporariamente o cliente do leito, como durante o preparo do leito. As poltronas reclináveis tendem a ser mais confortáveis quando um cliente tem vontade e é capaz de ficar sentado por um período estendido.

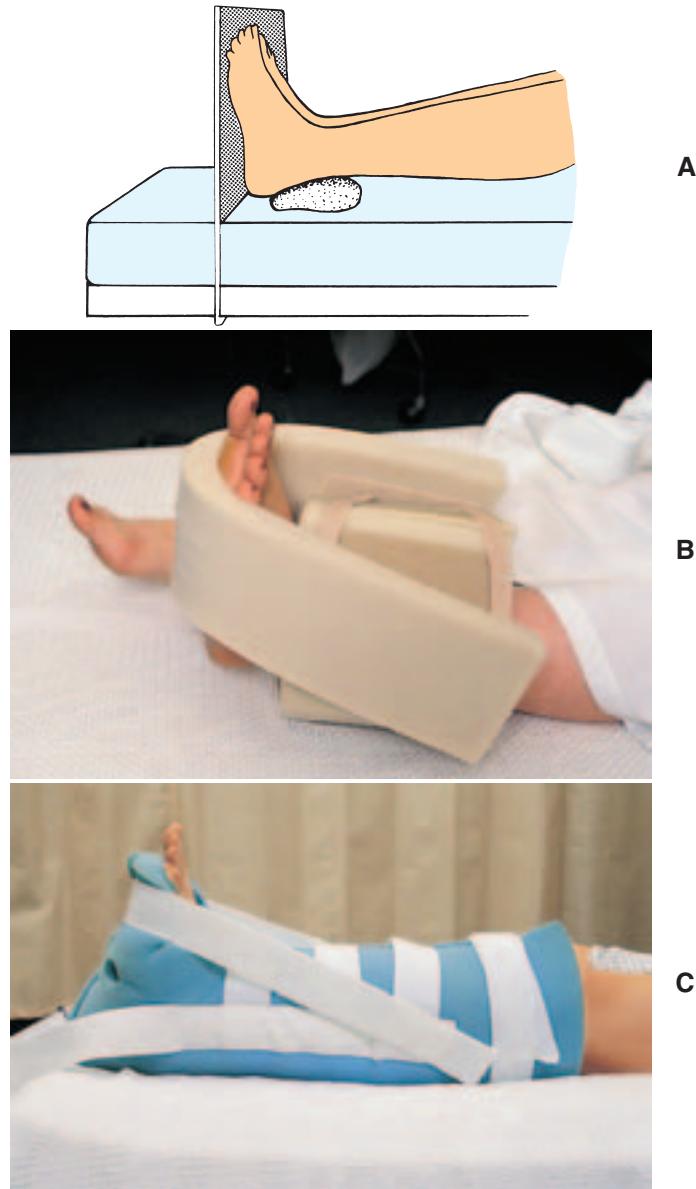


Figura 39-12 A, Prancha de pé. B, Bota de pé. C, Bota de pé com extensão para a parte inferior da perna.

Comumente, cada quarto possui uma luz sobre o leito e uma lâmpada de chão ou de mesa. Posicione as luzes móveis que se estendem sobre o leito a partir da parede até o alcance fácil, mas coloque-as de lado quando não estão em uso. A iluminação portátil adicional propicia luz extra durante os procedimentos no leito.

Outro equipamento comumente encontrado no quarto de um cliente inclui uma luz de chamada, um aparelho de televisão, um aparelho de pressão de parede, saídas de parede de oxigênio e vácuo e artigos de cuidados pessoais. Os equipamentos especiais idealizados para o conforto ou posicionamento dos clientes incluem pranchas de pé e botas (Fig. 39-12), colchões especiais (Cap. 48) e pranchas de leito. Sempre que usar equipamentos de conforto e posicionamento, verifique a política da instituição e as orientações do fabricante antes da aplicação.

Leitos. Os clientes gravemente doentes frequentemente permanecem no leito por um longo tempo. Como um leito é uma parte do mobiliário muito utilizado pelo cliente hospitalizado, ele é idealizado para o conforto, segurança e adaptação a várias posições.

O típico leito hospitalar tem um colchão firme sobre uma estrutura de metal que você pode elevar e abaixar horizontalmente. Cada vez mais

TABELA 39-6 Posições Comuns de Leito

Posição	Descrição	Usos
Posição de Fowler	Cabeceira do leito elevada até o ângulo de 45 graus ou mais; posição semissentada; a parte dos pés no leito também pode estar elevada no joelho	Enquanto o cliente está se alimentando Durante a inserção de sonda nasogástrica e aspiração naso-traqueal Promove a expansão pulmonar
Posição de Semi-Fowler	Cabeceira do leito elevada até aproximadamente 30 graus; inclinações menores que na posição de Fowler; a parte dos pés no leito também pode estar elevada no joelho	Promove a expansão pulmonar, principalmente com os clientes assistidos por ventilador Usada quando os clientes recebem alimentações gástricas para reduzir a regurgitação e o risco de aspiração
Posição de Trendelenburg	Toda a estrutura do leito é inclinada com a cabeceira do leito para baixo	Usada para a drenagem postural Facilita o retorno venoso nos clientes com perfusão periférica ruim
Posição de Trendelenburg reversa	Toda a estrutura do leito é inclinada com os pés do paciente para baixo	Raramente utilizada Promove o esvaziamento gástrico Evita o refluxo esofágico
Horizontal	Toda a estrutura do leito fica em posição horizontal em paralelo com o assoalho	Usada para clientes com lesões vertebrais e em tração cervical Usada para clientes hipotensos Comumente, os clientes preferem para dormir



Figura 39-13 Enfermeira orienta o cliente no uso da luz de chamada e nos controles de leito.



Figura 39-14 Manter as roupas de cama longe do uniforme impede o contato com microrganismos.

QUADRO 39-17**Preparo do Leito Desocupado**

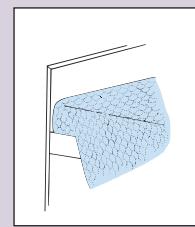
Considerações de Delegação: O procedimento de preparo do leito desocupado pode ser delegado.

Material: Saco de roupa suja, forro de colchão (trocar apenas quando sujo), lençol protetor (simples ou com elástico), lençol móvel de algodão (*opcional*), lençol de cobertura, cobertor, colcha, oleado impermeável (*opcional*), fronhas, mesa ou cadeira de cabeceira, luvas limpas (quando as roupas de cama estiverem sujas), compressa e solução antisséptica.

1. Verifique se o cliente ficou incontinente ou se a drenagem em excesso está nas roupas de cama. Serão necessárias luvas.
2. Avalie as prescrições de atividade ou restrições de mobilidade no planejamento quando o cliente pode levantar do leito para o procedimento. Assista até a cadeira ou sofá reclinável ao lado do leito.
3. Abaixe qualquer grade lateral em ambos os lados do leito e eleve o leito até uma posição de trabalho confortável.
4. Remova as roupas de cama sujas e coloque no saco de lavanderia. Evite sacudir ou abrir as roupas de cama sujas.
5. Reposicione o colchão e seque qualquer umidade usando uma compressa umedecida em solução antisséptica. Seque por completo.
6. Coloque toda a extensão do lençol protetor do colchão em um lado do leito antes de mover-se para o lado oposto.
7. Certifique-se de que o lençol com elástico está aplicado sem rugas sobre o colchão. Para aplicar um lençol sem elástico, permite que cerca de 25 cm fiquem pendurados sobre a borda do colchão. Verifique para que a bainha da parte inferior do lençol fique abaixada da costura inferior, mesmo da borda inferior do colchão. Puxe a parte superior restante do lençol por sobre a borda superior do colchão.
8. Enquanto em pé na cabeceira do leito, dobre em um ângulo de 45 graus o canto superior do lençol protetor do colchão (Habilidade 39-6, Passo 17).
9. Enfie a porção restante do lençol sem elástico sob o colchão.
10. *Opcional:* Aplique o lençol de tratamento deixando a prega central no meio do leito ao longo de seu comprimento. Estique o lençol de tratamento sobre o colchão e enfie a borda em excesso sob o colchão, mantendo as palmas das mãos para baixo.
11. Mova-se para o lado oposto do leito e estique suavemente o lençol protetor do colchão sobre a borda do colchão, desde a cabeceira até os pés do leito.
12. Aplique suavemente o lençol com elástico sobre cada canto do colchão. Para um lençol sem elástico, dobre o canto superior em 45 graus do lençol de proteção do colchão (Passo 8), certificando-se de que o canto esteja esticado.
13. Segure a borda restante do lençol protetor do colchão sem elástico e enfie firmemente sob o colchão enquanto se move da cabeceira do leito até os pés. Estique o lençol de tratamento dobrado sobre o lençol protetor do colchão e enfie sob o colchão, primeiro no meio e, em seguida, no fundo.

DIRETRIZES DE PROCEDIMENTOS

14. Quando necessário, aplique o impermeável sobre o lençol protetor do colchão ou lençol de tratamento.
15. Coloque o lençol protetor do paciente sobre o leito com a dobra central vertical ao longo do comprimento da metade dos pés do leito. Abra o lençol da cabeceira até os pés, assegurando-se de que a borda superior do lençol esteja nivelada com a borda superior do colchão.
16. Faça a prega horizontal para os pés: fique em pé ao lado dos pés do leito e faça uma dobra a uma distância de 5 a 10cm sobre o leito. Puxe o lençol para cima a partir dos pés para fazer uma dobra de aproximadamente 15 cm da borda inferior do colchão (ilustração, Habilidade 39-6, Passo 34).
17. Enfie a porção restante do lençol sob os pés do colchão. Em seguida, coloque o cobertor sobre o leito com a borda superior em paralelo com a borda superior do lençol e a 15 a 20cm da borda superior do lençol. (*Opcional:* Aplique a colcha adicional sobre o leito.)
18. Faça um punho ao passar a borda do lençol protetor do cliente para baixo sobre a borda do cobertor e da colcha.
19. Em pé, ao lado do pé do leito, levante ligeiramente o canto do colchão com uma das mãos, e com a outra mão enfie o lençol protetor do cliente, o cobertor e a colcha sob o colchão. Certifique-se de que as pregas dos pés não sejam puxadas para fora.
20. Faça o canto dobrado modificado em 45 graus com o lençol protetor do cliente, cobertor e colcha. Depois de fazer a dobra triangular, não enfie a extremidade do triângulo (ver ilustração). Faça uma dobra com o lençol protetor do cliente e o cobertor. Faça o canto modificado nos pés do leito.
21. Vá para o outro lado do leito. Estique o lençol, cobertor e colcha de modo uniforme. Faça uma dobra com o lençol protetor do cliente e o cobertor. Faça o canto modificado nos pés do leito.
22. Coloque a fronha.
23. Coloque a luz de chamada dentro do alcance do cliente na grade do leito ou no travesseiro e volte o leito para a altura que possibilite a transferência do cliente. Assista o cliente a ir até o leito.
24. Arrume o quarto do cliente. Remova e descarte os suprimentos. Faça a higiene das mãos.



PASSO 20 Canto da margem do leito modificado.

hospitais estão convertendo o leito hospitalar comum para um em que a superfície do colchão pode ser eletronicamente ajustada para o conforto do cliente. Diferentes posições do leito promovem o conforto do cliente, minimizam os sintomas, promovem a expansão pulmonar e melhoram o acesso durante determinados procedimentos (Tabela 39-6).

Comumente, você modifica a posição de um leito ao usar os controles eletrônicos incorporados na luz de chamada do cliente e em um painel na lateral ou pé do leito (Fig. 39-13). É importante que você se familiarize com o uso dos controles do leito. A facilidade em elevar e abaixar um leito e a mudança de posição da cabeceira e dos pés elimina a tensão musculoesquelética indevida sobre a enfermeira. Oriente os clientes no uso adequado dos controles e os alerte para evitar elevar o leito até uma posição que provoque lesão.

Os leitos contêm aspectos de segurança como travas nas rodas ou rodízio. Trave as rodas quando o leito está parado para evitar o movimento acidental. As grades laterais protegem os clientes de quedas accidentais. Você pode remover a cabeceira da maioria dos leitos. Isto é importante quando a equipe médica precisa ter acesso fácil à cabeça, como durante a reanimação cardiopulmonar.

Preparo do Leito. Mantenha o leito de um cliente limpo e confortável. Isto requer inspeções frequentes para se certificar de que a roupa de cama está limpa, seca e sem dobras. Quando os clientes estão com sudorese, apresentam feridas com drenagem ou estão incontinentes, fique sempre atenta para as roupas de cama sujas.

Comumente, a cama é arrumada pela manhã depois do banho do cliente ou enquanto o cliente está tomando banho de chuveiro,

HABILIDADE 39-6**PREPARO DO LEITO OCUPADO****Considerações de Delegação**

O procedimento de preparo do leito pode ser delegado. A enfermeira revê quaisquer restrições de atividade ou precauções. A enfermeira instrui as auxiliares/técnicas de enfermagem sobre:

- Procurar a drenagem da ferida, material de curativo, tubos de drenagem ou equipo IV que fique deslocado ou que é encontrado sobre as roupas de cama.
- O que fazer quando o cliente fica fatigado.

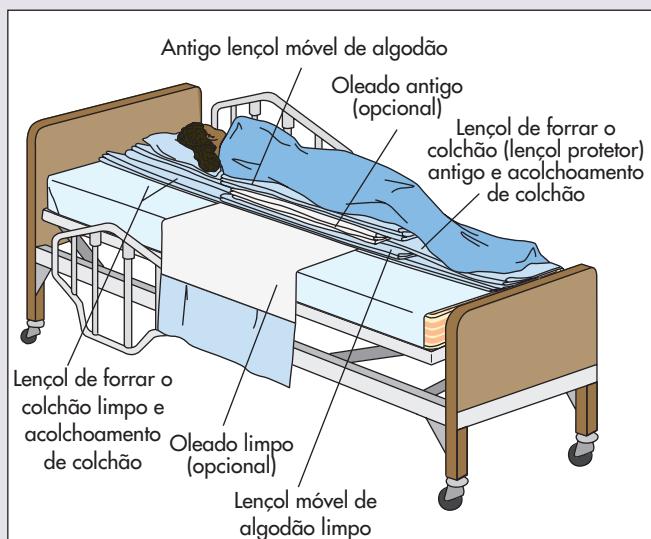
Material (Fig. 39-15)

- Saco(s) de roupas.
- Forro de colchão (precisa ser trocado apenas quando sujo).
- Lençol de proteção do colchão.
- Lençol de tratamento.
- Lençol protetor do cliente.
- Cobertor.
- Colcha.
- Forros impermeáveis e/ou lençóis de banho (opcional).
- Fronhas.
- Mesa ou cadeira de cabeceira.
- Luvas limpas (opcional).
- Toalha.
- Desinfetante.

PASSOS

1. Examine o cliente para o potencial para incontinência ou para a drenagem excessiva sobre as roupas de cama.
2. Verifique o prontuário para as prescrições ou precauções específicas relacionadas com o movimento e o posicionamento.
3. Explique o procedimento para o cliente, observando que o cliente será solicitado a virar para um lado e rolar sobre a roupa de cama.
4. Faça a higiene das mãos e calce luvas (usar luvas apenas quando as roupas de cama estiverem sujas ou houver risco de contato com secreções corporais).
5. Reúna o equipamento e arrume na mesa ou cadeira de cabeceira. Remova o equipamento desnecessário, como a bandeja de refeição ou os artigos usados para higiene.
6. Puxe a cortina ao redor do leito ou feche a porta.
7. Ajuste a altura do leito até uma posição de trabalho confortável. Abaixe qualquer grade lateral elevada em um dos lados do leito. Remova a luz de chamada.
8. Afrouxe o lençol de proteção do cliente na parte dos pés da cama.
9. Remova a colcha e o cobertor em separado. Quando estiverem sujos, coloque-os no saco de roupas. Mantenha as roupas sujas afastadas do uniforme.
10. Quando o cobertor e a colcha devem ser reutilizados, dobre-as ao juntar as bordas superior e inferior. Dobre o lado mais distante sobre a borda do fundo mais próxima. Junte novamente as bordas superior e inferior. Coloque a roupa de cama dobrada sobre as costas da cadeira.
11. Cubra o cliente com o lençol de tratamento da seguinte maneira: desdobre o lençol de banho sobre o lençol protetor do cliente. Peça ao cliente para segurar a borda superior do lençol de tratamento. Quando o cliente for incapaz de segurar, enfeie a parte superior do lençol do banho sob o ombro. Segure o lençol protetor do cliente sob o lençol de tratamento no ombro do cliente e traga o lençol protetor para baixo até os pés do leito. Retire o lençol protetor e jogue no saco de roupas sujas.
12. Com a assistência de outra enfermeira, deslize o colchão no sentido da cabeceira do leito.

13. Posicione o cliente no lado oposto ao seu no leito, virado em decúbito lateral e voltado para longe de você. Certifique-se de que a grade lateral diante do cliente esteja elevada. Ajuste o travesseiro sob a cabeça do cliente.

**Figura 39-15** Material para o preparo do leito ocupado.**JUSTIFICATIVA**

Determina a necessidade de proteção com forros impermeáveis ou lençóis de banho adicionais sobre o leito.

Garante a segurança do cliente e o uso da mecânica corporal apropriada.

Minimiza a ansiedade e promove cooperação.

Reduz a transmissão de microrganismos.

Reunir todo o equipamento propicia um procedimento sem intercorrências e ajuda a aumentar o conforto do cliente. Colocar as roupas de cama sobre superfícies limpas minimiza a disseminação da infecção.

Mantém a privacidade do cliente.

Minimiza a tensão sobre as costas. É mais fácil remover e aplicar as roupas de cama de maneira uniforme no leito na posição horizontal. Proporciona o acesso fácil ao leito e às roupas de cama.

Facilita a remoção das roupas de cama.

Reduz a transmissão de microrganismos.

O método de dobra facilita a reaplicação e minimiza as rugas.

O lençol de tratamento proporciona aquecimento e mantém as regiões do corpo cobertas durante a remoção do lençol protetor do paciente.

Se o colchão desliza no sentido dos pés do leito quando a cabeceira do leito está elevada, é difícil enfiar as roupas de cama. É desconfortável para o cliente porque os pés dele podem ser pressionados em lugar de pender sobre os pés do leito.

Virar o cliente em decúbito lateral proporciona espaço para a retirada da roupa de cama. A grade lateral garante a segurança do cliente em relação à queda para diante no leito.

HABILIDADE 39-6**PREPARO DO LEITO OCUPADO—CONT.****PASSOS**

- 14.** Afrouxe as roupas de cama de proteção do colchão movendo da cabeceira para os pés. Com a costura voltada para baixo (para o colchão), sobre em leque o lençol protetor do colchão e o lençol de tratamento no sentido do cliente — primeiro, o lençol de tratamento, em seguida o lençol protetor do colchão. Enfie as bordas das roupas de cama exatamente sob as nádegas, as costas e os ombros. Não sobre o forro do colchão em leque caso ela deve ser reutilizado (ver ilustração).
- 15.** Seque qualquer umidade sobre o colchão exposto com a toalha e o desinfetante apropriado. Certifique-se de que a superfície do colchão esteja seca antes de aplicar as roupas de cama.
- 16.** Aplique roupas de cama na metade exposta do leito:
 - a.** Coloque o forro de colchão limpo sobre o leito ao dobrá-lo no sentido do comprimento com o vínco vertical situado longitudinalmente na linha média do leito. Dobre em leque a parte superior sobre o colchão. (Quando o forro for reutilizado, apenas estique-o sem deixar qualquer ruga.)
 - b.** Desdobre o lençol de proteção do colchão no sentido do comprimento ao longo do centro do leito. Dobre em leque a parte superior do lençol no sentido do centro do leito ao longo do cliente. Estique a parte inferior do lençol sobre o colchão e traga a borda sobre o lado mais próximo do colchão. Puxe o lençol esticado suavemente sobre as bordas do colchão. Permita que a borda do lençol não encaixada pendente por uma distância de 25cm sobre a borda do colchão. Certifique-se de que a bainha da parte inferior do lençol caia além da junção, paralela à borda inferior do colchão (ver ilustração).
- 17.** Prenda o lençol protetor do colchão na cabeceira do leito:
 - a.** Fique em diagonal com a cabeceira do leito. Coloque a mão que está distante da cabeceira sob o canto superior do colchão, próximo à borda, e o levante.
 - b.** Com a outra mão, enfie a borda superior do lençol de proteção do colchão suavemente sob o colchão, de tal modo que as bordas laterais do lençol, acima e abaixo do colchão, se encontrem quando colocadas juntas.
 - c.** Fique de frente para o lado do leito e pegue a borda superior do lençol a aproximadamente 45cm da borda superior do colchão (ver ilustração).
 - d.** Levante o lençol e deixe-o cair sobre o colchão, formando uma dobra triangular, com a base inferior do triângulo em paralelo com a borda lateral do colchão (ver ilustração).
 - e.** Enfie a borda inferior do lençol, que está pendente livre abaixo do colchão, sob o colchão. Enfie com as palmas das mãos voltadas para baixo, sem puxar a dobra triangular (ver ilustração).



PASSO 14 Roupas de cama anti-gas inseridas sob o cliente.



PASSO 16b Roupas de cama limpas aplicadas no leito.

JUSTIFICATIVA

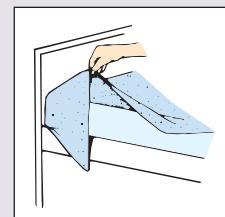
Prepara para a remoção de todas as roupas de cama ao mesmo tempo.

Proporciona o espaço de trabalho máximo para aplicar a roupa de cama limpa. Mais adiante, quando o cliente virar para o outro lado, você poderá remover as roupas de cama sujas com facilidade.

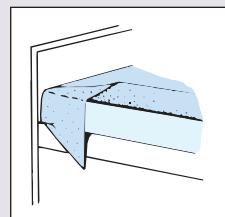
Reduz a transmissão de microrganismos.

Aplicar as roupas de cama sobre o leito em camadas sucessivas minimiza a energia e o tempo empregados na arrumação do leito.

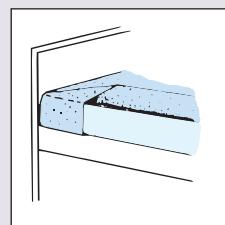
O posicionamento adequado das roupas de cama em um lado garante que a quantidade adequada das roupas de cama estará disponível para cobrir o lado oposto do leito. Manter as bainhas para baixo elimina a irritação da pele do cliente.



PASSO 17c Borda superior do lençol pega.



PASSO 17d O lençol na parte superior do colchão em uma dobra triangular.



PASSO 17e Borda inferior do lençol inserida sob o colchão.

HABILIDADE 39-6**PREPARO DO LEITO OCUPADO—CONT.****PASSOS**

- f.** Segure a parte do lençol que cobre a lateral do colchão na posição com uma das mãos. Com a outra mão, pegue a parte superior da dobra triangular e traga-a para baixo, sobre a lateral do colchão. Enfie esta parte sob o colchão (ver ilustração).
- 18.** Prenda a parte remanescente do lençol sob o colchão, movendo-se no sentido dos pés do leito. Mantenha a roupa de cama esticada.
- 19.** (Opcional) Abra o lençol móvel de modo que ele fique dobrado pela metade. Coloque a dobra central ao comprido, ao longo da metade do leito, e posicione o lençol de modo que ele ficará sob as nádegas e as costas do cliente (ver ilustração). Dobre em leque a parte superior na direção do cliente com a borda junto às costas. Estique a parte inferior do lençol móvel para fora da borda do colchão. Prenda o excesso do lençol sob o colchão (mantenha as palmas para baixo).
- 20.** Coloque o impermeável sobre o lençol móvel, com a dobra central contra a lateral do cliente. Dobre em leque a parte superior na direção do cliente.
- 21.** Advira o cliente de que ele será rolado sobre uma camada espessa de roupas de cama e que pode sentir uma protuberância. Faça com que o cliente role lentamente na sua direção, sobre as camadas de roupa de cama. Eleve a grade lateral do lado que concluiu o trabalho e vá para o outro lado do leito.
- 22.** Abaixe a grade lateral. Assista o cliente a se posicionar no outro lado, sobre as dobras das roupas de cama. Afrouxe as bordas das roupas de cama sujas debaixo do colchão (ver ilustração).
- 23.** Remova as roupas de cama sujas ao dobrá-las em um feixe ou quadrado, com o lado sujo voltado para dentro. Jogue no saco de roupas sujas. Quando necessário, limpe o colchão com solução antisséptica e seque a superfície do colchão antes de colocar as roupas de cama limpas.
- 24.** Puxe as roupas de cama limpas, dobradas em leque, sobre a borda do colchão, desde a cabeceira até os pés do leito.
- 25.** Assista o cliente a rolar de volta para a posição de decúbito dorsal. Reposicione o travesseiro.

JUSTIFICATIVA

O canto não pode ser desfeito com facilidade, mesmo quando o cliente se move com frequência no leito.

As pregas nas roupas de cama constituem uma fonte de irritação da pele.

O lençol móvel é usado para levantar e reposicionar o cliente. A posição sob o tronco do cliente distribui a maior parte do peso corporal do cliente sobre o lençol.

Protege as roupas de cama contra a sujeira.

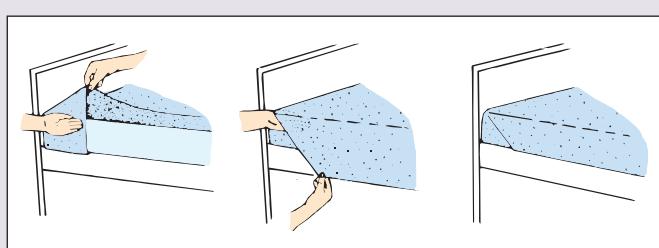
Posiciona o cliente para a remoção e aplicação das roupas de cama. Mantém a segurança e o alinhamento corporal do cliente durante a mudança de posição.

Expõe o lado oposto do leito para a remoção das roupas de cama sujas e para a aplicação das roupas de cama limpas. Facilita a remoção das roupas de cama.

Reduz a transmissão de microrganismos.

As roupas de cama esticadas não irritarão a pele do cliente.

Mantém o conforto do cliente.



PASSO 17f A e B, Dobra triangular colocada sobre a lateral do colchão.
C, Roupa de cama inserida sob o colchão.



PASSO 19 Oleado opcional.



PASSO 22 Assistindo o cliente a rolar sobre as dobras da roupa de cama.

HABILIDADE 39-6**PREPARO DO LEITO OCUPADO—CONT.****PASSOS**

- 26.** Puxe o lençol esticado sobre as bordas do colchão. Enfie o canto superior do lençol de proteção do colchão (Passo 17). Quando prender o canto, certifique-se de que o lençol esteja esticado e sem dobras.
- 27.** Fique virada para a lateral do leito, segure a borda remanescente do lençol de proteção do colchão. Incline-se para trás, mantendo as costas retas, e puxe enquanto enfia o excesso da roupa de cama sob o colchão. Proceda desde a cabeceira do leito até os pés. (Evite levantar o colchão durante o procedimento para garantir a adaptação firme.)
- 28.** Estique o lençol móvel dobrado em leque sobre o lençol de proteção do colchão. Segure a borda do lençol com as palmas das mãos para baixo, incline-se para trás e enfie o lençol sob o colchão. Enfie da metade para cima e, em seguida, da metade para baixo.
- 29.** Coloque o lençol protetor do cliente sobre o cliente, com a dobra central ao comprido, sobre a metade inferior do leito. Abra o lençol desde a cabeceira até os pés do leito e dobre sobre o cliente.
- 30.** Peça ao cliente para segurar o lençol de proteção do cliente limpo ou enfie o lençol ao redor dos ombros do cliente. Remova o lençol de tratamento e jogue no saco de roupa suja.
- 31.** Coloque o cobertor sobre o leito, desdobre-o de modo que a dobra fique ao comprido ao longo do meio do leito. Desdobre o cobertor para cobrir o cliente. Certifique-se de que a borda superior esteja em paralelo com a borda do lençol protetor do cliente e a 15 a 20cm da borda do lençol protetor do colchão.
- 32.** Coloque a colcha sobre o leito de acordo com Passo 31. Certifique-se de que a borda superior da colcha se estenda por sobre 2,5cm depois da borda superior do cobertor. Enfie a borda superior da colcha por cima e por baixo da borda superior do cobertor.
- 33.** Faça um punho passando a borda do lençol protetor do cliente por cima da borda do cobertor e da colcha em sentido descendente.
- 34.** Em pé, ao lado do leito, levante o canto do colchão ligeiramente com uma das mãos e enfie as roupas de cama sob o colchão. O lençol protetor do cliente e o cobertor são enfiadados em conjunto. Certifique-se de que as roupas de cama estejam suficientemente frouxas para permitir o movimento dos pés do cliente. Fazer uma prega horizontal nos pés é uma opção (ver ilustração).
- 35.** Faça um canto modificado com o lençol protetor do cliente, o cobertor e a colcha:
 - a.** Pegue a borda lateral do lençol protetor do cliente, o cobertor e a colcha a aproximadamente 45 cm de distância dos pés do leito. Levante as cobertas para formar uma dobra triangular e deixe-as cair sobre o leito.
 - b.** Prenda sob o colchão a borda solta pendente sobre a lateral do colchão. Não puxe a dobra triangular.
 - c.** Pegue a dobra triangular e traga-a para baixo, sobre o colchão, enquanto segura as cobertas junto à lateral do colchão. Não prenda a ponta do triângulo.

JUSTIFICATIVA

As dobras e as pregas provocam irritação da pele.

O uso da mecânica corporal adequada, enquanto fixa a roupa de cama, impede a lesão.

Enfiar primeiro para cima ou para baixo irá puxar o lençol lateralmente, causando a adaptação errada.

O posicionamento correto da dobra central garante que o lençol esteja igualmente distribuído sobre o leito.

O lençol evita a exposição de partes do corpo. Fazer com que o cliente segure o lençol incentiva a participação do cliente no cuidado.

O cobertor cobre por completo o cliente e propicia o aquecimento adequado.

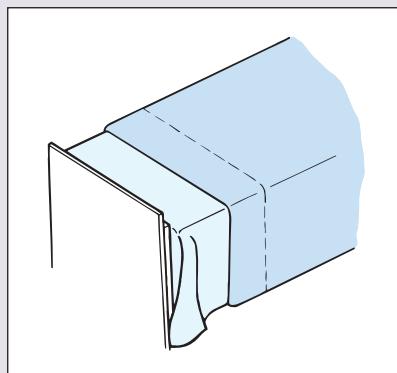
Confere uma aparência arrumada ao leito e propicia aquecimento adicional.

Protege a face do cliente do atrito com o cobertor ou colcha.

Confere aparência arrumada ao leito. As úlceras de pressão irão se desenvolver nos artelhos e nos calcanhares do cliente a partir do atrito dos pés contra as roupas de cama apertadas.

Garante que as roupas superiores não irão se afrouxar com facilidade.

Fixa as roupas de cama, mas mantém a borda e o topo do lençol dobrados sobre o colchão.



PASSO 34 Dobra do lençol na extremidade distal do leito opcional.

HABILIDADE 39-6**PREPARO DO LEITO OCUPADO—CONT.****PASSOS**

36. Eleve a grade lateral quando apropriado. Prepare o outro lado do leito; estique o lençol protetor do cliente, o cobertor e a colcha por igual. Dobre a parte superior da colcha sobre o cobertor e faça um punho com o lençol protetor do cliente (Passo 33); faça um canto modificado nos pés do leito (Passo 35).
37. Troque a fronha.
 - a. Faça com que o cliente levante a cabeça. Enquanto apoia o pescoço com uma das mãos, remova o travesseiro. Permita que o cliente abaixe a cabeça.
 - b. Remova a fronha suja ao segurar o travesseiro na extremidade aberta com uma das mãos e puxe a fronha para trás sobre o travesseiro com a outra mão. Jogue a fronha no saco de roupas sujas.
 - c. Segure a fronha limpa no centro da parte fechada. Junte a fronha, virando-a ao avesso sobre a mão que a segura. Com a mesma mão, pegue a metade de uma extremidade do travesseiro. Puxe a fronha por sobre o travesseiro com a outra mão.
 - d. Certifique-se de que os cantos do travesseiro se adaptem corretamente nos cantos da fronha. Coloque o travesseiro sob a cabeça do cliente.
38. Coloque a luz de chamada dentro do alcance do cliente e retorne o leito até uma altura e posição confortáveis.
39. Abra as cortinas do quarto e reorganize a mobília. Coloque os artigos pessoais dentro do alcance na mesinha de cabeceira ou na mesa auxiliar.
40. Descarte as roupas de cama sujas no *hamper* ou na rampa de lavanderia e faça a higiene das mãos.
41. Pergunte ao cliente se ele está se sentindo confortável.
42. Insprie a pele para áreas de irritação.
43. Observe o cliente para os sinais de fadiga, dispneia, dor ou desconforto.

Resultados Inesperados e Intervenções Relacionadas

1. O cliente sente desconforto com as dobras das roupas de cama.
 - a. Estique os lençóis.
 - b. Mude frequentemente a posição do cliente.
2. A pele do cliente mostra sinais de ruptura.
 - a. Institua as medidas de cuidados da pele para reduzir o risco de úlcera de pressão (Cap. 48).
 - b. Troque frequentemente a posição do cliente.



Figura 39-16 Leito cirúrgico ou de recuperação.

JUSTIFICATIVA

O uso correto das grades laterais ajuda o movimento do cliente no leito.

A sustentação dos músculos do pescoço evita a lesão durante a flexão e a extensão do pescoço.

Os travesseiros deslizam com facilidade, minimizando assim o contato com as roupas de cama sujas.

Facilita o deslizamento da fronha sobre o travesseiro.

A má adaptação da fronha faz a constrição do afogamento e da expansão do travesseiro, além de interferir no conforto do cliente.

Garante a segurança e o conforto do cliente.

Promove a sensação de bem-estar.

Evita a transmissão de microrganismos.

Garante que as roupas de cama estão limpas e esticadas.

As pregas nas roupas de cama provocam pressão sobre a pele. Fornece dados sobre o nível de tolerância do cliente à atividade e sobre a capacidade de participar em outros procedimentos.

Registrando e Relatando

- Não é necessário fazer o registro da preparação de um leito ocupado.

para a umidade ou sujeira. Troque qualquer roupa de cama que fique suja ou molhada.

Quando trocar as roupas de cama, siga os princípios da assepsia médica ao manter as roupas sujas longe do uniforme (Fig. 39-14). Coloque as roupas de cama sujas em sacos de roupas especiais, descartando em um *hamper*. Para evitar correntes de ar, as quais espalham microrganismos, nunca sacuda as roupas de cama. Para evitar transmitir infecção, não coloque roupas de cama sujas no chão. Quando as roupas limpas tocarem o assoalho, descarte-as de imediato.

Durante o preparo do leito, use procedimentos de manuseio de cliente seguros e a mecânica corporal adequada (Cap. 47). Sempre eleve o leito até a altura apropriada antes de trocar as roupas de cama, de tal modo que você não precise se curvar ou se esticar por sobre o colchão. Você também se movimentará para a frente e para trás em lados opostos do leito enquanto aplica a nova roupa de cama. A mecânica corporal e o manuseio seguro são importantes quando virar de lado ou reposicionar o cliente no leito.

Quando os clientes estiverem acamados no leito, organize as atividades de preparo do leito para conservar tempo e energia (Habilidade 39-6). A privacidade, conforto e segurança do cliente são igualmente importantes quando arruma um leito. Usar as grades laterais para ajudar no posicionamento e mudança de posição, manter as luzes de chamada dentro do alcance do cliente e manter a posição adequada do leito ajudam a promover o conforto e a segurança. Depois do

sentado em uma cadeira se alimentando ou fora do quarto para procedimentos ou exames. Durante todo o dia, alinhe as roupas de cama que estiverem frouxas ou dobradas. Também verifique as roupas de cama para partículas de alimento depois das refeições e

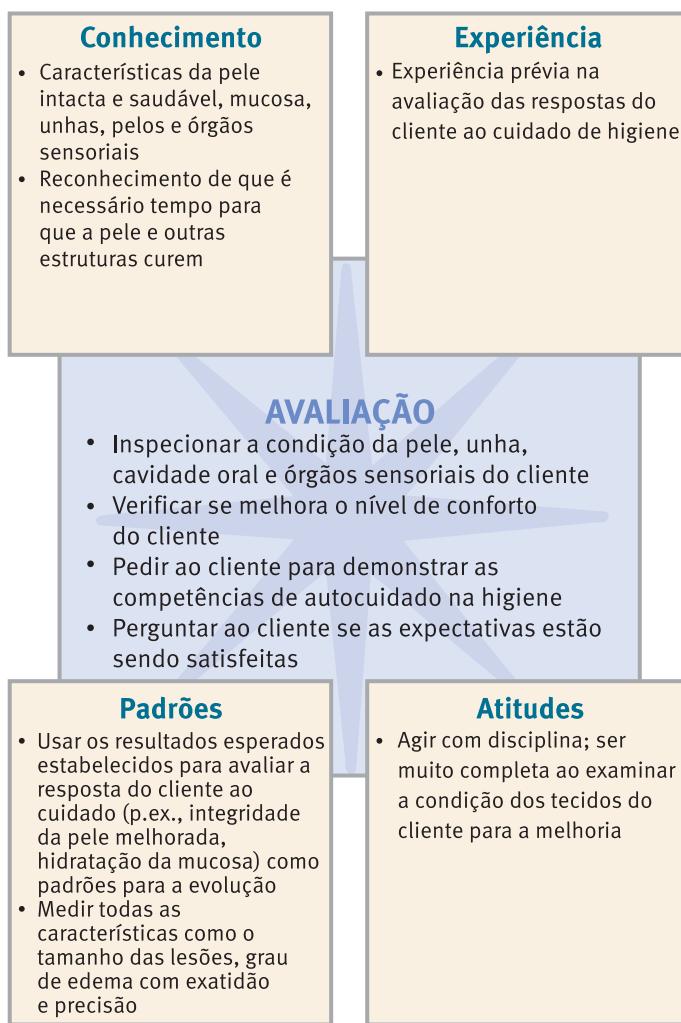


Figura 39-17 Modelo de pensamento crítico para a avaliação da higiene.

preparo do leito, retorne-o para a posição horizontal mais baixa e verifique se as rodas estão travadas para evitar quedas acidentais quando o cliente se levantar ou deitar no leito sozinho.

Quando possível, prepare o leito enquanto ele está desocupado (Quadro 39-17). Use o julgamento para determinar o melhor horário para que o cliente se sente em uma cadeira enquanto você está arrumando o leito. Quando preparar um leito fechado, siga os mesmos princípios básicos que seguiria se estivesse no preparo de um leito ocupado.

Um leito sem paciente está temporariamente desocupado ou não. Em um leito ocupado, os lençóis superiores são dobrados para trás de modo que fique fácil para o cliente deitar. Em um leito fechado, o lençol superior, cobertor e colcha são puxados para cima até a cabeceira do colchão e sob os travesseiros. Um leito desocupado é preparado em um quarto de hospital antes que um novo cliente seja admitido naquele quarto. Um leito cirúrgico, de recuperação ou pós-operatório é uma versão modificada do leito aberto. O lençol superior é arrumado para a transferência fácil do cliente de uma maca para o leito. Os lençóis superiores e a colcha não são enfiados ou dobrado em diagonal nos cantos. Em lugar disto, os lençóis superiores são dobrados em um lado ou dobrados até o terço inferior do leito (Fig. 39-16). Isto facilita a transferência do cliente para o leito.

Roupas de Cama. Em qualquer instituição de saúde, é importante ter um suprimento adequado de roupas de cama para cuidar adequadamente dos clientes. Muitas instituições possuem “armários de roupa” dentro ou exatamente fora do quarto de um cliente, onde é guardado

um suprimento diário de roupas de cama. Quando você traz a roupa de cama para dentro do quarto de um cliente, quando ela não é usada, ela deve ser enviada para a lavanderia. Isto aumenta os custos da instituição. A roupa de cama em excesso que fica em torno do quarto de um cliente cria aglomeração e obstáculos para as atividades de cuidado do cliente.

Antes do preparo do leito, é importante juntar as roupas de cama necessárias e os artigos pessoais do cliente. Desta maneira, todos os equipamentos são acessíveis para preparar o leito e o quarto. As roupas de cama são pressionadas e dobradas para evitar a disseminação de microrganismos e para tornar mais fácil a arrumação do leito. Quando lençóis com elástico não estão disponíveis, os lençóis comuns são usualmente pressionados com uma dobra central para ser colocados para baixo do centro do leito. As roupas de cama desdobram-se facilmente para os lados, com as dobras frequentemente se encaixando sobre as bordas do colchão. Uma troca de roupas de cama completa nem sempre é necessária. Você pode reutilizar o oleado, lençol, cobertor e colcha para o mesmo cliente quando eles não estão molhados ou sujos.

Descarte adequadamente as roupas de cama para minimizar a disseminação da infecção (Cap. 34). As políticas das instituições fornecem orientações quanto à maneira adequada para ensacar e descartar as roupas de cama sujas. Depois que um cliente recebe alta, todas as roupas de cama vão para a lavanderia e a camareira limpa o colchão e o leito, tornando a aplicar uma nova roupa de cama.

Avaliação

A avaliação das medidas de higiene ocorre durante e depois de cada procedimento em particular. Por exemplo, quando der banho no cliente, inspecione a pele para revelar se a drenagem ou outra sujeira foi efetivamente removida da superfície da pele. Quando terminar o banho, pergunta ao cliente se houve melhora no conforto e relaxamento. Quando avaliar para a eficácia das medidas de higiene, observe as alterações no comportamento do cliente. O cliente assume uma posição mais relaxada? O cliente está sem odor corporal? O cliente é capaz de adormecer? A expressão facial do cliente transmite uma sensação de conforto?

Com frequência, leva tempo para que o cuidado higiênico resulte em uma melhora na condição do cliente. A presença de lesões orais, infestação no couro cabeludo ou escoriação cutânea geralmente irá requerer medidas repetidas e uma combinação de intervenções de enfermagem. Determine se a condição do cliente ou o seu nível de conforto melhora com o passar do tempo e se as terapias existentes são efetivas.

A avaliação completa considera as metas de cuidado e avalia se são alcançados os resultados esperados. Uma conduta de pensamento crítico considera todos os fatores quando se avalia o cuidado do cliente (Fig. 39-17). A base de conhecimento e a experiência da enfermeira fornecem importantes perspectivas quando analisa os dados do histórico do cliente. Por exemplo, a observação contínua de uma mucosa oral ajuda a determinar a eficácia das práticas de higiene oral. Há melhora das mucosas previamente inflamadas? Os padrões de avaliação são os resultados esperados estabelecidos no estágio de planejamento do cuidado do cliente. Quando os resultados não forem alcançados, você precisará revisar o plano de cuidados. Continue a aplicar as atitudes de pensamento crítico quando considera todos os achados da evolução.

O aspecto final da avaliação determina se as expectativas do cliente com higiene foram alcançadas ou não. Faça as seguintes perguntas: Você acha que seu banho e massagem nas costas ajudaram a fazer com que você se sentisse confortável? Existem outras formas para que nós possamos realizar um melhor trabalho com o cuidado de seus pés? Quais medidas adicionais você acha necessárias para manter sua boca limpa e fresca?

As expectativas do cliente são orientações importantes na determinação da satisfação do cliente. Você precisa se sentir confortável em abordar as preocupações e expectativas do cliente. Uma conduta atenciosa ajudará na facilitação da discussão destas questões.

Conceitos-chave

- Avalie a capacidade física e cognitiva de um cliente para realizar as medidas higiênicas básicas, incluindo a força muscular, flexibilidade e destreza, equilíbrio, coordenação, tolerância à atividade e capacidade de atender.
- Determine a capacidade de um cliente para realizar o autocuidado e forneça o cuidado de higiene de acordo com as necessidades e preferências dele.
- Durante a higiene, integre outras atividades, como o exame físico, cuidado de ferida e exercícios de amplitude de movimento.
- Enquanto realiza as necessidades de higiene diárias, use as habilidades de educação em saúde e comunicação no desenvolvimento de uma relação atenciosa com o cliente.
- Vários fatores pessoais, socioculturais, econômicos e de desenvolvimento influenciam as práticas de higiene dos clientes.
- As crenças de saúde dos clientes predizem a probabilidade de assumir o comportamento de promoção de saúde, como a manutenção da boa higiene.
- Os clientes com redução sensorial, insuficiência vascular e imobilidade estão em maior risco para a integridade da pele prejudicada.
- Para os clientes que sofrem sintomas como dor ou náusea, administrar as terapias de alívio dos sintomas antes da higiene irá prepará-los melhor para qualquer procedimento.
- Quando realizar o cuidado oral para clientes inconscientes, empreenda as medidas para evitar a aspiração.
- O quarto do cliente precisa ser confortável, seguro e suficientemente grande para permitir que o cliente e os visitantes se movimentem livremente.
- A avaliação do cuidado de higiene baseia-se na sensação de conforto, relaxamento, bem-estar e compreensão das técnicas de higiene pelo cliente.

Exercícios de Pensamento Crítico

A sra. Wyatt é uma mulher de 77 anos que está sendo observada na clínica médica durante sua consulta de acompanhamento para o tratamento de diabetes melito. Durante a conversa da enfermeira com a sra. Wyatt, a cliente diz: "Você sabe, a úlcera em meu pé direito ainda está lá."

1. Qual tipo de avaliação a enfermeira deve realizar com sra. Wyatt?
2. Quais recomendações são necessárias para o regime de cuidado do pé da sra. Wyatt?

A sra. Wyatt voltou para uma consulta de acompanhamento. Ela diz: "Meu dedo mínimo agora tem uma úlcera aberta, que apareceu quando eu removi a parte de cima do calo."

3. O que você faria em seguida para o cuidado da sra. Wyatt?
4. A área aberta da sra. Wyatt em seu dedo direito curou. Ela ainda parece insegura sobre o que é necessário para o cuidado preventivo do pé. O que você deve ensiná-la sobre o cuidado preventivo com os pés?

Questões de Revisão no Estilo NCLEX®

1. O cuidado higiênico requer o contato próximo com o cliente. A princípio, a enfermeira utiliza qual resposta abaixo para promover uma relação terapêutica atenciosa? (Escolha todas que se aplicam.)
 1. Habilidades de avaliação
 2. Toque terapêutico
 3. Habilidades fundamentais
 4. Habilidades de comunicação

2. As preferências pessoais de um cliente para a higiene são influenciadas por inúmeros fatores. (Escolha todos os que se aplicam.)
 1. A enfermeira é a responsável pelo cuidado
 2. O cuidado de higiene é um procedimento de rotina
 3. A higiene não tem influência sobre os resultados do cliente
 4. Dois indivíduos não realizam a higiene da mesma maneira
3. A imagem corporal de uma pessoa sobre sua aparência física é afetada por quais conceitos? (Escolha todos os que se aplicam.)
 1. Social
 2. Objetivo
 3. Subjetivo
 4. Desenvolvimento
4. A iniciativa saúde para todos 2010 (*Healthy People 2010*) incluiu recomendações para melhorar:
 1. Saúde dentária
 2. Cuidado da pele em idosos
 3. Controle medicamentoso em idosos
 4. Dieta norte-americana por adição de mais carboidratos
5. Os clientes que mais necessitam de cuidados perineais são aqueles em risco máximo de:
 1. Morte
 2. Queda
 3. Adquirir uma infecção
 4. Precisar ser institucionalizado
6. Além de tomar banho, qual intervenção melhor promove o conforto do cliente:
 1. Lanches
 2. Massagem nas costas
 3. Livros em áudio
 4. Drenagem postural
7. Os clientes irão experimentar condições que ameaçam a integridade da mucosa oral; portanto:
 1. Nenhum cuidado bucal se faz necessário
 2. Há necessidade de menos higiene oral
 3. Nenhum agente anti-infeccioso é necessário
 4. É necessário o cuidado bucal mais frequente
8. A prioridade quando se realiza a higiene oral de um cliente inconsciente consiste em evitar:
 1. Aspiração
 2. Mau hálito
 3. Cárie dentária
 4. Ulcerações da boca
9. Dependendo da idade e condição física do cliente, a temperatura ambiente deve ser mantida entre:
 1. 18,3° e 21°C
 2. 20° e 23°C
 3. 23,8° e 25°C
 4. 25,5° e 26,6°C
10. O método para aparar as unhas consiste em:
 1. Chamar um especialista em pé
 2. Cortar a unha em curva
 3. Lixar a unha reta
 4. Cortar as unhas até as cutículas

40 | Oxigenação

OBJETIVOS

O domínio do conteúdo deste capítulo capacitará o estudante a:

- Descrever a estrutura e a função do sistema cardiopulmonar.
- Diferenciar os processos fisiológicos de débito cardíaco, fluxo sanguíneo miocárdico e circulação da artéria coronária.
- Descrever a relação entre débito cardíaco, pré-carga, pós-carga, contratilidade e frequência cardíaca.
- Relacionar os processos fisiológicos de ventilação, perfusão e troca de gases respiratórios.
- Estabelecer a regulação neural e química da respiração.
- Discutir o efeito do nível de saúde, idade, estilo de vida e ambiente do cliente sobre a oxigenação.

- Identificar os resultados clínicos que ocorrem como resultado de distúrbios na condução, débito cardíaco alterado, função valvar prejudicada, isquemia miocárdica e perfusão tecidual prejudicada.
- Identificar os resultados clínicos que ocorrem como resultado de hiperventilação, hipoventilação e hipoxemia.
- Descrever as intervenções de cuidado de enfermagem para promover oxigenação no atendimento básico no cuidado agudo e em ambientes de cuidado restaurador e continuado.

TERMOS-CHAVE

Angina do pectoris, p. 913
Arritmias, p. 913
Atelectasia, p. 916
Broncoscopia, p. 920
Cânula nasal, p. 951
Cianose, p. 916
Débito cardíaco, p. 908
Difusão, p. 911
Dispneia, p. 918
Drenagem postural, p. 930
Drenio torácico, p. 942
Eletrocardiograma (ECG), p. 909
Espirometria de incentivo, p. 941
Expiração, p. 910
Fibrilação ventricular, p. 913
Fisioterapia torácica (FT), p. 929
Hematêmese, p. 920

Hemoptise, p. 920
Hemotórax, p. 942
Hiperventilação, p. 916
Hipoventilação, p. 916
Hípovolemia, p. 912
Hipoxia, p. 916
Índice cardíaco (IC), p. 908
Infarto do miocárdio (IM), p. 913
Inspiração, p. 910
Isquemia miocárdica, p. 913
Nebulização, p. 929
Ortopneia, p. 919
Pneumotórax, p. 942
Pós-carga, p. 909
Pré-carga, p. 909
Reabilitação cardiopulmonar, p. 958

Respiração com lábios franzidos, p. 963
Respiração diafragmática, p. 960
Ressuscitação cardiopulmonar (RCP), p. 957
Ritmo sinusal normal (RSN), p. 909
Sibili, p. 920
Taquicardia ventricular, p. 913
Taxa de fluxo expiratório máximo (PEFR), p. 925
Toracocentese, p. 925
Umidificação, p. 927
Ventilação, p. 910
Volume sistólico, p. 908

Base do Conhecimento Científico

O oxigênio é necessário para manter a vida. Os sistemas cardíaco e respiratório suprem as demandas de oxigênio do corpo. O sangue é oxigenado através dos mecanismos de ventilação, perfusão e transporte dos gases respiratórios. Reguladores neurais e químicos controlam a frequência e a profundidade da respiração em resposta a demandas de oxigênio tecidual alteradas.

Fisiologia Cardiovascular

A fisiologia cardiopulmonar envolve a liberação de sangue desoxigenado (sangue com alto teor de dióxido de carbono e baixo teor de oxigênio) para o lado direito do coração e para a circulação pulmonar e de sangue oxigenado (sangue com alto teor de oxigênio e baixo teor de dióxido de carbono) dos pulmões para o lado esquerdo do coração e os tecidos. O sistema cardíaco libera oxigênio, nutrientes e outras substâncias para os tecidos e remove os produtos residuais do metabolismo celular pelos sistemas vascular e outros sistemas corporais (p.ex., respiratório, digestivo e renal) (McCance e Huether, 2005).

Estrutura e Função. O ventrículo direito bombeia sangue pela circulação pulmonar. O ventrículo esquerdo bombeia sangue pela circulação sistêmica (Fig. 40-1). O sistema circulatório troca gases respiratórios, nutrientes e produtos residuais entre o sangue e os tecidos.

Bomba Miocárdica. A ação de bombeamento do coração é essencial para a liberação de oxigênio. As quatro câmaras cardíacas, os dois átrios e os dois ventrículos se enchem com sangue durante a diástole e se esvaziam durante a sístole. A doença arterial coronariana (DAC) e a cardiomiopatia (coração aumentado) resultam em menor ação de bombeamento e em uma redução do volume de sangue ejetado dos ventrículos (volume sistólico). A hemorragia e a desidratação promovem redução no volume de sangue circulante e no volume sistólico.

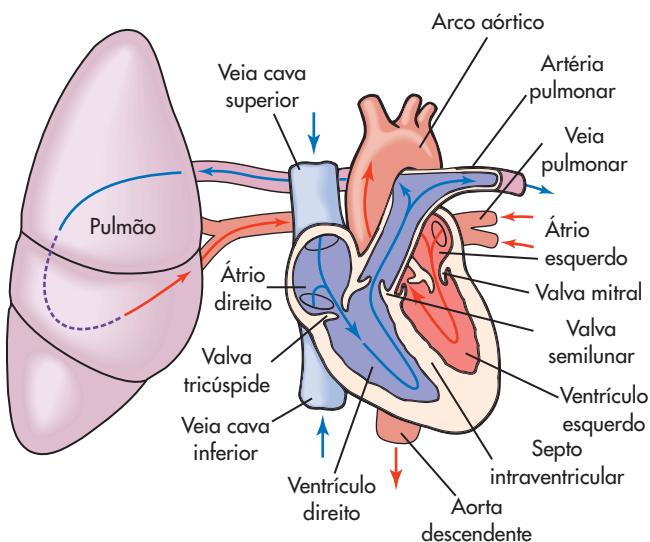


Figura 40-1 Representação esquemática do fluxo sanguíneo pelo coração. As setas indicam a direção do fluxo. (De Lewis SM e outros: *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*, ed 5, St. Louis, 2000, Mosby.)

As fibras miocárdicas têm propriedades contráteis que lhes permitem distender-se durante o enchimento. No coração saudável, esta distensão relaciona-se proporcionalmente à força de contração. Conforme o miocárdio se distende, a força da contração subsequente aumenta; isto é conhecido como a lei de Frank-Starling do coração. No coração doente, a Lei de Starling não se aplica porque a distensão miocárdica está além dos limites fisiológicos do coração. A resposta contrátil subsequente resulta em volume sistólico insuficiente, e o sangue começa a “refluir” na circulação pulmonar (insuficiência cardíaca esquerda) ou sistêmica (insuficiência cardíaca direita).

Fluxo Sanguíneo Miocárdico. Para manter o fluxo sanguíneo adequado para a circulação pulmonar e sistêmica, o fluxo sanguíneo miocárdico precisa suprir oxigênio e nutrientes suficientes para o próprio miocárdio. O fluxo sanguíneo através do coração é unidirecional. As quatro valvas cardíacas asseguram esse fluxo sanguíneo retrógrado (Fig. 40-1). Durante a diástole ventricular as valvas atrioventriculares (mitral e tricúspide) se abrem, e o sangue flui dos átrios de alta pressão para os ventrículos relaxados. Isso representa S_1 , ou a primeira bulha cardíaca. Após o enchimento ventricular, inicia-se a fase sistólica.

Durante a fase sistólica as valvas semilunares (aórtica e pulmonar) se abrem, e o sangue flui dos ventrículos para a aorta e a artéria pulmonar. O fechamento das valvas aórtica e pulmonar representa S_2 , ou a segunda bulha cardíaca. Alguns clientes com doença valvar têm fluxo retrógrado ou regurgitação de sangue pela valva incompetente, causando um sopro que pode ser ouvido na auscultação (Cap. 33).

Circulação da Artéria Coronária. A circulação da coronária é o ramo da circulação sistêmica que supre o miocárdio com oxigênio e nutrientes e remove os resíduos. As artérias coronárias se enchem durante a diástole ventricular (McCance e Huether, 2005). As artérias coronárias direita e esquerda surgem da aorta logo acima e atrás da valva aórtica através de aberturas denominadas óstios coronarianos (aberturas coronarianas). A artéria coronária esquerda, o suprimento mais abundante de sangue, alimenta o miocárdio ventricular esquerdo, que é mais muscular e faz a maior parte do trabalho do coração.

Circulação Sistêmica. As artérias e veias da circulação sistêmica liberam nutrientes e oxigênio para os tecidos e removem resíduos deles. O sangue oxigenado flui do ventrículo esquerdo pela aorta e para as artérias sistêmicas maiores. Essas artérias se ramificam em artérias menores, arteríolas, e finalmente em vasos menores, os capilares. No nível capilar ocorre a troca de gases respiratórios, nutrientes e resíduos, e os tecidos são oxigenados. Os produtos residuais saem da rede de capilares pelas vênulas, que se juntam para formar veias. Estas veias formam veias maiores, que transportam sangue desoxigenado para o lado direito do coração, no qual retornam à circulação pulmonar.

Regulação do Fluxo Sanguíneo. A quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo a cada minuto é o **débito cardíaco**. O débito cardíaco normal é de 4 a 6 L/min no adulto saudável de 68 kg em repouso. O volume circulante de sangue muda de acordo com as necessidades de oxigênio e metabólicas do corpo. Por exemplo, durante exercício, gravidez e febre, o débito cardíaco aumenta, mas durante o sono ele diminui. A fórmula a seguir representa o débito cardíaco:

$$\text{Débito cardíaco (DC)} = \text{Volume sistólico (VS)} \times \text{frequência cardíaca (FC)}$$

O **índice cardíaco (IC)** é uma medida mais precisa e considera perfusão tecidual e a área de superfície corporal do cliente (ASC). Determine o IC dividindo o débito cardíaco pela ASC. A variação normal é de 2,5 a 4,0 L/min/m².

Volume sistólico é a quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo com cada contração. A quantidade de sangue no ventrículo

esquerdo no fim da diástole (pré-carga), a resistência à ejeção ventricular esquerda (pós-carga) e a contratilidade miocárdica influenciam o volume sistólico.

Pré-carga é o volume diastólico final. Os ventrículos se distendem quando cheios com sangue. Quanto mais distendido o músculo ventricular, maior a contração e maior o volume sistólico (lei de Starling). Em situações clínicas, a pré-carga e o volume sistólico subsequente são manipulados trocando a quantidade do volume de sangue circulante. Por exemplo, quando há hemorragia, a hidratação venosa e a reposição de sangue aumentam o volume circulante e aumentam a pré-carga e o volume sistólico subsequente e o débito cardíaco. Se o volume não for reposto, a pré-carga e o débito cardíaco subsequente diminuem.

Pós-carga é a resistência à ejeção ventricular esquerda. O coração precisa trabalhar para contrapor esta resistência de ejectar completamente o sangue do ventrículo esquerdo. A pressão aórtica diastólica é uma boa medida clínica de pós-carga. Na hipertensão, a pós-carga aumenta, o que faz a carga de trabalho cardíaco aumentar. Na hipertensão a pós-carga é manipulada reduzindo a pressão arterial sistêmica.

A contratilidade miocárdica também influencia o volume sistólico e o débito cardíaco. A contração deficiente reduz a quantidade de sangue ejectado pelos ventrículos. Algumas drogas aumentam a força da contração miocárdica, como as preparações digitais, a epinefrina e drogas simpatomiméticas (drogas que mimetizam os efeitos do sistema nervoso simpático). A lesão do músculo miocárdico, como um infarto agudo do miocárdio, promove redução na contratilidade miocárdica. O miocárdio dos idosos é mais rígido e mais lento, e a contratilidade não se recupera tão rapidamente (Meiner e Lueckenotte, 2006).

A frequência cardíaca afeta o fluxo sanguíneo em função da relação entre frequência e tempo de enchimento diastólico. Com uma frequência cardíaca mantida maior que 160 batimentos por minuto, o tempo de enchimento diastólico diminui, reduzindo o volume sistólico e o débito cardíaco. A frequência cardíaca do idoso é lenta para aumentar sob estresse (Meiner e Lueckenotte, 2006).

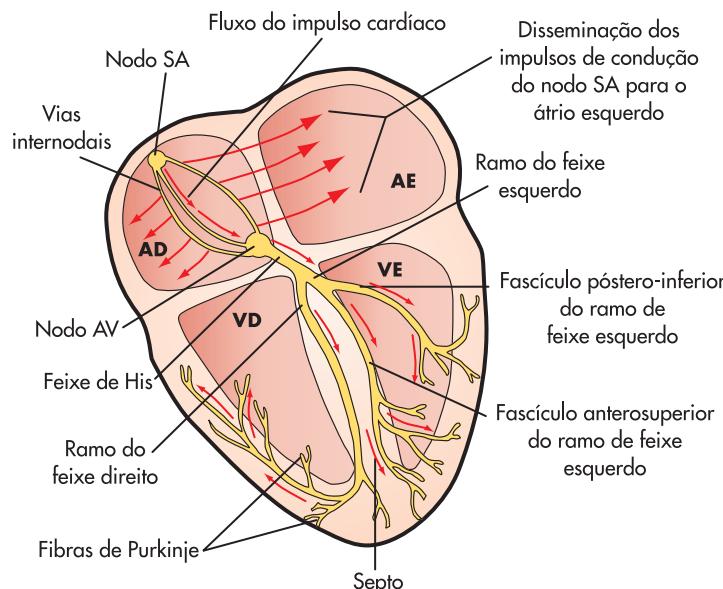


Figura 40-2 Sistema de condução do coração. AE, átrio esquerdo; VE, ventrículo esquerdo; AD, átrio direito; VD, ventrículo direito; SA, sinoatrial; AV, atrioventricular. (De Lewis SM e outros: *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*, ed 5, St. Louis, 2000, Mosby.)

Sistema de Condução. O relaxamento e a contração rítmicos dos átrios e ventrículos depende da transmissão contínua e organizada dos impulsos elétricos. O sistema de condução cardíaca gera e transmite estes impulsos (Fig. 40-2).

O sistema de condução do coração gera os impulsos necessários para iniciar a cadeia elétrica de eventos para o batimento normal do coração. O sistema nervoso autonômico influencia a frequência de geração de impulso, bem como a velocidade de transmissão por vias condutivas e a força das contrações atrial e ventricular. As fibras nervosas simpáticas, que aumentam a frequência de geração de impulso e a velocidade da transmissão do impulso, inervam todas as partes dos átrios e ventrículos, bem como os nodos sinoatrial (SA) e atrioventricular (AV) (McCance e Huether, 2005).

O sistema de condução se origina com o nodo SA, o “marca-passo” do coração. O nodo SA fica no átrio direito próximo da entrada da veia cava superior. Os impulsos são iniciados no nodo SA a uma frequência intrínseca de 60 a 100 batimentos por minuto.

Os impulsos elétricos são transmitidos pelos átrios ao longo de vias intra-atriais para o nodo AV. O nodo AV medeia os impulsos entre os átrios e os ventrículos. A frequência intrínseca do nodo AV normal é de 40 a 60 batimentos por minuto. O nodo AV ajuda no esvaziamento atrial retardando o impulso antes de transmiti-lo pelos feixes de His e a rede ventricular de Purkinje. A frequência intrínseca do feixe de His e da rede ventricular de Purkinje é entre 20 e 40 batimentos por minuto.

Um **eletrocardiograma (ECG)** reflete a atividade elétrica do sistema de condução. O ECG monitora a regularidade e via do impulso elétrico pelo sistema de condução; entretanto, ele não reflete o esforço muscular do coração. A sequência normal no ECG é denominada **ritmo sinusal normal (RSN)** (Fig. 40-3).

O RSN implica que o impulso se origina no nodo SA e segue a sequência normal pelo sistema de condução. A onda P representa a condução elétrica por ambos os átrios. A contração atrial segue a onda P. O intervalo PR representa o impulso viajando no tempo pelo nodo AV, pelo feixe de His e para as fibras de Purkinje. A extensão normal do intervalo PR é de 0,12 a 0,20 segundo. Um aumento no tempo, maior do que 0,20 segundo, indica um bloqueio na transmissão do impulso pelo nodo AV, enquanto uma redução, de menos de 0,12 segundo, indica o início do impulso elétrico a partir de outra fonte que não o nodo SA.

O complexo QRS indica que o impulso elétrico viajou pelo ventrículo. A duração normal do QRS é de 0,06 a 0,12 segundo. Um aumento na duração de QRS indica um atraso no tempo de condução pelos ventrículos. A contração ventricular geralmente segue o complexo QRS.

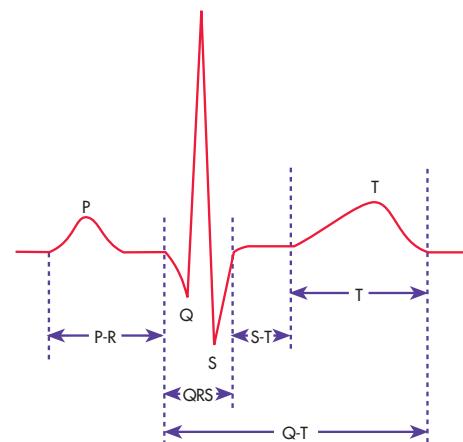


Figura 40-3 Forma de onda normal do ECG.

O intervalo QT representa o tempo necessário para a despolarização ventricular e repolarização. O intervalo QT normal é de 0,12 a 0,42 segundo. Alterações nos valores de eletrólitos, como hipocalcemia, ou terapia com drogas como disopiramida ou amiodarona aumentam o intervalo QT. Ocorre encurtamento do intervalo QT com terapia com digitálicos, hipercalemia e hipercalcemia.

Fisiologia Respiratória

A troca dos gases respiratórios ocorre entre o ambiente e o sangue (Fig. 40-4). O pulmão transfere oxigênio da atmosfera para os alvéolos, nos quais o oxigênio é trocado por dióxido de carbono. Os alvéolos transferem oxigênio e dióxido de carbono para o sangue e dele através das membranas capilares alveolares. Existem três etapas no processo de oxigenação: ventilação, perfusão e difusão.

Estrutura e Função. As condições ou doenças que alteram a estrutura e o funcionamento do pulmão alteram a respiração. Os músculos respiratórios, o espaço pleural, pulmões e alvéolos (Fig. 40-5) são essenciais para a ventilação, a perfusão e a troca dos gases respiratórios. Os gases se movem para dentro e para fora dos pulmões por mudanças de pressão. A pressão intrapleural é negativa, ou menos do que a pressão atmosférica, que é de 760 mmHg no nível do mar. Para que o ar flua nos pulmões, a pressão intrapleural torna-se mais negativa, estabelecendo um gradiente de pressão entre a atmosfera e os alvéolos. O diafragma e os músculos intercostais externos se contraem para criar uma pressão pleural negativa e aumentam o tamanho do tórax para a inspiração. O relaxamento do diafragma e a contração dos músculos intercostais internos permitem que o ar escape dos pulmões.

A **ventilação** é o processo de movimentação dos gases para dentro e para fora dos pulmões. A ventilação exige coordenação das pro-

priedades musculares e elásticas do pulmão e do tórax, bem como ineração intacta. O principal músculo inspiratório da respiração é o diafragma. Ele é inervado pelo nervo frônico, que existe na medula espinhal no nível da quarta vértebra cervical. A perfusão relaciona-se com a capacidade do sistema cardiovascular de bombear sangue oxigenado para os tecidos e retornar desoxigenado para os pulmões. Por último, a difusão é responsável pela movimentação dos gases respiratórios de uma área para outra. Para que a troca dos gases respiratórios ocorra, os órgãos, nervos e músculos da respiração precisam estar intactos e o sistema nervoso central precisa ser capaz de regular o ciclo respiratório.

Esforço Respiratório. É o esforço exigido para expandir e contrair os pulmões. No indivíduo saudável, a respiração é tranquila e não requer esforço. A quantidade de energia despendida na respiração depende da frequência e da profundidade da respiração, da facilidade com que os pulmões podem ser expandidos (complacência) e da resistência das vias aéreas.

A **inspiração** é um processo ativo, estimulado por receptores químicos na aorta. A **expiração** é um processo passivo que depende das propriedades de retração elástica dos pulmões, exigindo pequeno ou nenhum esforço muscular. O surfactante é uma substância química produzida nos pulmões para manter a tensão superficial dos alvéolos e mantê-los sem colabamento. Os clientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) perdem a retração elástica dos pulmões e do tórax. Como resultado, o esforço do cliente para respirar aumenta. Além disso, os clientes com determinadas doenças pulmonares têm produção reduzida de surfactante e algumas vezes desenvolvem atelectasia.

Os músculos acessórios da respiração podem aumentar o volume pulmonar durante a inspiração. Os clientes com DPOC, especialmente enfisema, com frequência usam estes músculos para aumentar o volume pulmonar. O uso prolongado dos músculos acessórios não promove ventilação efetiva e causa fadiga. Durante a avaliação observe se há elevação das clavículas do cliente durante a inspiração. A elevação das clavículas durante a inspiração pode indicar fadiga ventilatória, fome de ar, ou expansão pulmonar reduzida.

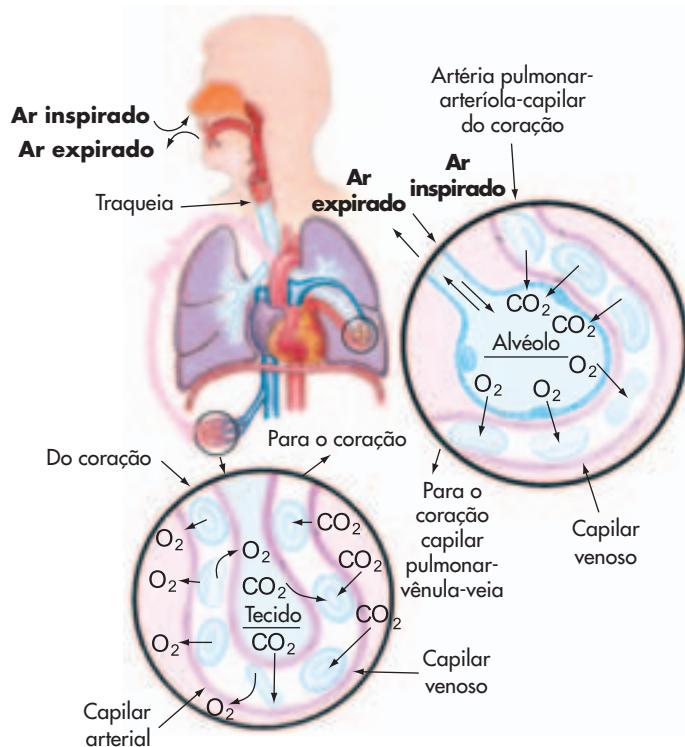


Figura 40-4 Estruturas do sistema pulmonar. (De Thompson J e outros: *Mosby's manual of clinical nursing*, ed 3, St. Louis, 1993, Mosby.)

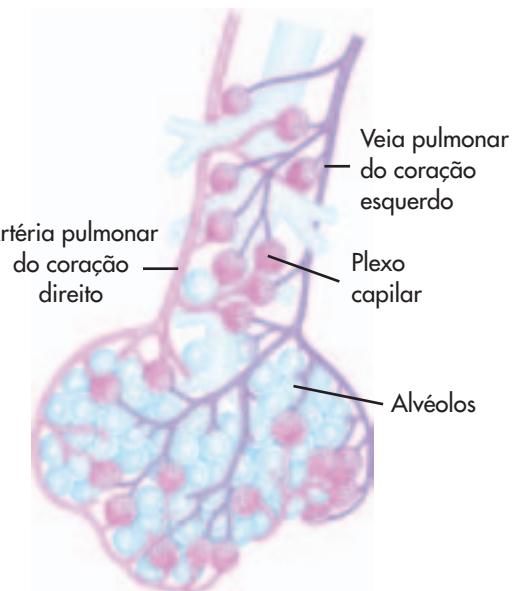


Figura 40-5 Alvéolos na extremidade terminal da via aérea inferior. (De Thompson J e outros: *Mosby's manual of clinical nursing*, ed 3, St. Louis, 1993, Mosby.)

A complacência é a capacidade dos pulmões de se distender ou de se expandir em resposta à pressão intra-alveolar aumentada. A complacência diminui em doenças como edema pulmonar, fibrose intersticial e pleural e anormalidades estruturais congênitas ou traumáticas, como cifose ou costelas fraturadas.

Resistência das vias aéreas é a diferença de pressão entre a boca e os alvéolos em relação à taxa de fluxo de gás inspirado. Obstrução de via aérea, asma e edema traqueal aumentam a resistência das vias aéreas. Quando a resistência aumenta, a quantidade de ar pelas vias aéreas anatômicas diminui.

Complacência pulmonar reduzida, resistência aumentada das vias aéreas e expiração ativa com o uso de músculos acessórios aumentam o esforço respiratório, resultando em maior gasto de energia. O corpo aumenta sua taxa metabólica e a necessidade de oxigênio. A eliminação de dióxido de carbono também aumenta. Esta sequência é um ciclo vicioso para o cliente com ventilação prejudicada, causando mais comprometimento do estado respiratório e da capacidade de oxigenar adequadamente.

Volumes Pulmonares. A espirometria mede o volume de ar que entra ou sai dos pulmões. Por exemplo, o volume corrente é a quantidade de ar expirado em uma respiração normal e assumido como igual à quantidade de ar inspirado em cada respiração. As variações no volume corrente e em outros volumes pulmonares associam-se a estado de saúde, como gravidez, exercício, obesidade, ou a condições obstrutivas ou restritivas do pulmão.

Circulação Pulmonar. A função primária da circulação pulmonar é movimentar sangue para as membranas capilares alveolares e delas para a troca de gás. A circulação pulmonar é um reservatório para o sangue, de modo que o pulmão é capaz de aumentar seu volume sanguíneo sem grandes aumentos na artéria pulmonar ou nas pressões venosas. A circulação pulmonar também funciona como um filtro, removendo pequenos trombos antes que eles atinjam órgãos vitais.

A circulação pulmonar começa na artéria pulmonar, que recebe sangue venoso misto pobremente oxigenado do ventrículo direito. O fluxo sanguíneo por este sistema depende da capacidade de bombeamento do ventrículo direito. O fluxo continua da artéria pulmonar através das arteríolas pulmonares para os capilares pulmonares, nos quais o sangue entra em contato com a membrana capilar alveolar e ocorre a troca de gases respiratórios. O sangue rico em oxigênio circula então pelas vênulas e veias pulmonares, retornando ao átrio esquerdo.

A pressão e a resistência dentro do sistema circulatório pulmonar são mais baixas que dentro do sistema circulatório sistêmico. As paredes dos vasos pulmonares são mais espessas e contêm menos músculo liso. O pulmão aceita o débito cardíaco total proveniente do ventrículo direito e, exceto em casos de hipoxia alveolar ou cor pulmonale, não direciona o fluxo sanguíneo de uma região para outra.

Troca de Gás Respiratório (Gasosa). A difusão é o processo para troca gasosa alveolar e capilar dos tecidos corporais. O oxigênio é transferido dos pulmões para o sangue, e o dióxido de carbono é transferido do sangue para os alvéolos e expirado. No nível tecidual, o oxigênio é transferido do sangue para os tecidos, e o dióxido de carbono é transferido dos tecidos para o sangue para retornar aos alvéolos e ser expirado.

A difusão dos gases respiratórios ocorre na membrana capilar alveolar. A espessura da membrana influencia a taxa de difusão. A maior espessura da membrana impede a difusão porque os gases levam tempo para se transferir através da membrana. Os clientes com edema pulmonar, infiltrados pulmonares ou derrame pulmonar têm membrana espessada, resultando em difusão lenta, troca lenta dos gases respiratórios e liberação reduzida de oxigênio para os tecidos. As doenças crônicas (p.ex., enfisema), as doenças agudas (p.ex., pneum-

motórax) e os processos cirúrgicos (p.ex., lobectomia) com frequência alteram a área de superfície da membrana capilar alveolar.

Transporte de Oxigênio. O sistema de transporte de oxigênio consiste nos pulmões e no sistema cardiovascular. A liberação depende da quantidade de oxigênio que entra nos pulmões (ventilação), do fluxo sanguíneo para os pulmões e tecidos (perfusão), da taxa de difusão e da capacidade carreadora de oxigênio. Três coisas influenciam a capacidade do sangue de carregar oxigênio: a quantidade de oxigênio dissolvido no plasma, a quantidade de hemoglobina e a tendência da hemoglobina de ligar-se ao oxigênio. A hemoglobina, que é um carreador de oxigênio e dióxido de carbono, transporta mais oxigênio (aproximadamente 97%). A molécula de hemoglobina combina-se com oxigênio para formar oxiemoglobina. A formação de oxiemoglobina é facilmente reversível, permitindo que a hemoglobina e o oxigênio se dissociem, o que libera o oxigênio para entrar nos tecidos.

Transporte de Dióxido de Carbono. O dióxido de carbono se difunde nas hemácias e é rapidamente hidratado em ácido carbônico (H_2CO_3). O ácido carbônico dissocia-se então em hidrogênio (H^+) e íons bicarbonato (HCO^-_3). A hemoglobina tampona o íon hidrogênio, e o HCO^-_3 se difunde no plasma (Cap. 41). Parte do dióxido de carbono nas hemácias reage com grupos de aminoácidos, formando compostos carbamino. Essa reação ocorre rapidamente. A hemoglobina reduzida (desoxiemoglobina) se combina com o dióxido de carbono, e o sangue venoso transporta a maior parte do dióxido de carbono.

Regulação da Respiração. A regulação da respiração é necessária para assegurar a entrada suficiente de oxigênio e eliminação de dióxido de carbono para satisfazer às demandas do corpo (p. ex., durante exercício, infecção ou gravidez). Reguladores neurais e químicos controlam o processo da respiração. A regulação neural inclui o controle do sistema nervoso central da frequência, profundidade e ritmo respiratório. A regulação química envolve a influência de agentes químicos como dióxido de carbono e íons hidrogênio na frequência e profundidade da respiração (Quadro 40-1).

Fatores que Afetam a Oxigenação

Quatro fatores influenciam a adequação da circulação, ventilação, perfusão e transporte dos gases respiratórios para os tecidos: (1) fisiológico, (2) de desenvolvimento, (3) de estilo de vida e (4) ambiental. Os fatores de desenvolvimento, de estilo de vida e ambiental serão apresentados nas páginas a seguir.

Fatores Fisiológicos. Qualquer condição que afete o funcionamento cardiopulmonar afeta diretamente a capacidade do corpo de satisfazer às demandas de oxigênio. As classificações gerais dos distúrbios cardíacos incluem desequilíbrios na condução, função valvular comprometida, hipoxia miocárdica, condições cardiomiopáticas e hipoxia tecidual periférica. Os distúrbios respiratórios incluem hiperventilação, hipovenitalação e hipoxia.

Outros processos fisiológicos que afetam a oxigenação do cliente incluem alterações que afetam a capacidade do sangue de carregar oxigênio, como anemia; aumentos nas demandas metabólicas do corpo, como gravidez ou febre e infecção; e alterações que afetam o movimento da parede torácica ou o sistema nervoso central.

Capacidade Reduzida de Carrear Oxigênio. A hemoglobina carrega a maior parte de oxigênio para os tecidos. A anemia e a inalação de substâncias tóxicas reduz a capacidade do sangue de carregar oxigênio, reduzindo a quantidade de hemoglobina disponível para transportar oxigênio. A anemia, um nível de hemoglobina menor que o normal, é o resultado da produção reduzida de hemoglobina, destruição aumentada de hemácias e/ou perda de sangue. Os

Fundamentos DE ENFERMAGEM

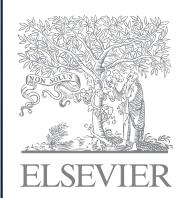
7^a EDIÇÃO

Com **POTTER & PERRY** você terá uma cobertura completa e confiável dos fundamentos de enfermagem!

Abrangente, organizado de maneira lógica, preciso, atualizado — e ainda o principal livro de fundamentos de enfermagem!

- **ÚNICO!** Quadros de *Prática Baseada em Evidências* ao longo de todo o livro que resumem os resultados de estudos de pesquisa e suas implicações para a prática.
- **ÚNICO!** Cada capítulo clínico inclui *Modelos de Pensamento Crítico* que mostram como aplicar o pensamento crítico aos cuidados de enfermagem.
- O capítulo *Cuidando do Sobreivente de Câncer* trata das necessidades físicas e emocionais únicas dos sobreviventes de câncer que enfrentam os pós-efeitos da doença e do tratamento.
- O capítulo *Documentação e Informática* incorpora conceitos básicos de informática em enfermagem nos cuidados de saúde.
- As diretrizes de segurança no manejo do cliente incluem as últimas diretrizes sobre técnicas de transferência e deambulação.
- Os quadros *Foco em Idosos* preparam você para lidar com as necessidades especiais dos idosos.
- Últimas diretrizes sobre terapia intravenosa da Infusion Nurses Society.
- Últimas diretrizes sobre Estadiamento de Úlcera de Pressão do National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Quadros de *Questões de Avaliação* ajudam a aprender como conduzir de maneira clara e eficiente a anamnese de um cliente.

MOSBY



Classificação de Arquivo Recomendada
ENFERMAGEM – FUNDAMENTOS

Visite o site
www.elsevier.com.br
e conheça nossos lançamentos

ISBN 978-85-352-3690-3

